Nr. 8. 23. luty 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Powstanie i działalność Miejskiej Przychodni Przeciwwenerycznej w Krakowie [1]).

Powstanie Przychodni Przeciwwenerycznej w Krakowie napotykało w początkach na dość znaczne trudności. Gdy Związek Przeciwweneryczny wydał w roku 1929 Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) przychylną opinję dla udzielenia subwencji rządowej na urządzenie Przychodni w Krakowie, sprawę powstania przychodni można było uważać za zapoczątkowaną.

Największe trudności przedstawiało znalezienie odpowiedniego pomieszczenia dla przychodni. Zasada umieszczania przychodni przeciwwenerycznych w większych Ośrodkach Zdrowia nie mogła znaleźć zastosowania ze względu na brak odpowiedniego budynku miejskiego. Leżało w celach przychodni umieszczenie tejże w miejscu z dogodną komunikacją i tam gdzie stosunki miejscowe wskazywałyby na najlepsze warunki odwiedzania tej przychodni. Pogranicze między Podgórzem a Krakowem przedstawiało ze względu na miejscowe stosunki ludnościowe najlepsze warunki rozwoju dla takiej przychodni. Skorzystano więc z nadarzającej się sposobności opróżnienia budynku miejskiego przy ulicy Nadwiślańskiej 4, a przy poparciu i przychylnej życzliwości ówczesnego Wiceprezydenta Dr. Schneidra i Naczelnego Lekarza Wydziału Zdrowia Dr. Owsińskiego przeznaczono ten budynek na pomieszczenie Miejskiego Ośrodka Zdrowia, składającego się z dwóch przychodni to jest przeciwwenerycznej i jaglicznej. Pomimo, że cały budynek jednopiętrowy został dla tych dwóch przychodni przeznaczony, miejsca nie było zbyt wiele. Połowę prawą piętra zajęły dwa pokoje ordynacyjne przychodni przeciwwenerycznej, lewą połowę trzeba było podzielić na umieszczenie przychodni przeciwjaglicznej i poczekalni. Po wstawieniu ściany działowej w ubikacji tylnej tej połowy uzyskano większą poczekalnię dla mężczyzn i mniejszą dla kobiet. Z kwoty przeznaczonej w budżecie dla przychodni kilkanaście tysięcy kosztowały adaptacje. Na narzędzia, przybory, pozostało tylko 3 i pół tysiąca. Ale ponieważ wstawiono w budżecie rocznym odpowiednią kwotę na uzupełnianie braków urządzenia, można było zaopatrzyć przychodnię i postawić na poziomie przepisanych wymagań.

Ogłoszenia o otwarciu przychodni polegały na umieszczeniu w kilkunastu miejscach, jak zakłady przemysłowe, fabryki, biura pośrednictwa pracy, tablic kartonowych, podających adres przychodni. To jednak wystarczyło, by już w pierwszych godzinach przyjęć spowodować dosyć liczne zgłaszanie się chorych. Badania w przychodni nie odmawia się nikomu, ale dla przyjęcia w leczenie wymagane jest świadectwo ubóstwa i legitymacja bezrobocia. Najbiedniejsi otrzymują na koszt przychodni potrzebne lekarstwa. Dla chorych mających otrzymać bezpłatnie środki lecznicze, naznacza się recepty przychodni przeciwwenerycznej oprócz imienia i nazwiska chorego napisem „na koszt przychodni". Takie recepty załatwiane są w aptece wskazanej przez Zarząd Miasta. Miesięczne wykazy wydanych lekarstw i rachunki należnych kwot przedstawia dana apteka do wypłacenia Miejskiej Izbie Obrachunkowej.
Przychodnia może wydawać takie recepty tylko do pewnej wysokości wynoszącej obecnie 200 zł miesięcznie. Jednak oprócz tego, posiadający świadectwo ubóstwa i przynależności może uzyskać na recepcie w Miejskim Wydziale Zdrowia Publicznego upoważnienie do bezpłatnego otrzymania lekarstwa. W miarę coraz cięższych warunków w ostatnich latach zwiększa się stale liczba korzystających z bezpłatnego udzielania lekarstw.

Przy pierwszej ordynacji otrzymują chorzy pouczenia drukowane, które dają nietylko wskazania postępowania podczas leczenia, ale i przepisy, pouczające w jaki sposób uniknąć można zarażenia.

W kartach chorych, tak zwanych kartach ewidencyjnych, znajdują się u góry rubryki dla zapisywania danych osobistych, jak nazwisko, imię, wiek, stan, zawód, adres, niższe rubryki służą dla pomieszczenia rozpoznania choroby, wywiadów, przebiegu choroby i leczenia oraz dat ordynacji. Chorzy z rzeżączką pozostają zwykle w opiece przychodni nietylko do ukończenia leczenia, ale obowiązani są do zgłaszania się potem do badań kontrolnych, stwierdzających wyleczenie.

W kile przychodnia niezawsze i nie u wszystkich podejmuje całe leczenie, a to dlatego, że zadaniem przychodni jest leczyć bezrobotnych. Z chwilą, gdy na podstawie zajęcia należy chory do ubezpieczalni, na dalsze leczenie tamże odchodzi. Toteż napływ chorych jest znacznie większy w zimie, niż w lecie, kiedy odbywają się wszystkie prace budowlane, adaptacyjne, drogowe i wskutek tego liczba bezrobotnych znacznie się zmniejsza. Leczenie w przychodni uzupełnia, natomiast zaczyna lub kończy leczenie ubezpieczalnia albo szpital. Dlatego też każdy chory na kiłę po ukończeniu okresu leczenia w przychodni otrzymuje wyciąg przebiegu leczenia.

Leczenia rzeżączki większość chorych nie przerywa aż do ustąpienia choroby i stwierdzenia wyleczenia. Chorzy na kiłę postępują często pod tym względem inaczej. Wielką rolę odgrywa przy tem brak uświadomienia w tym kierunku, wskutek czego nie stosują się do pouczeń, które już przy pierwszych ordynacjach otrzymują. Są tacy, którzy uczęszczają do przychodni tylko w tym czasie, w którym widzą u siebie objawy chorobowe, a po zniknięciu tychże nie uznają pomimo udzielonych ostrzeżeń potrzeby dalszego leczenia. Nie dla wszystkich chorych na kiłę wyniki badania krwi i wykazane „krzyżyki" (dodatnie odczyny) mają ważne znaczenie, jako wskazówki leczenia. Dlatego też nie u wszystkich, którzy rozpoczęli w przychodni leczenie kiły, można przeprowadzić leczenie przez okres czasu wymagany. A ponieważ rzadko trafiają się przypadki w początku choroby nadające się do leczenia poronnego, więc też prawie u wszystkich chorych na tę chorobę leczenie musi być długie i połączone z następową dłuższą kontrolą zapomocą badań serologicznych.

Najtrudniejsze zadanie przedstawia dla przychodni leczenie rzeżączki u kobiet. A jednak zachodzi konieczność przeprowadzania tego leczenia tem więcej, że stosunkowo tylko niewielka liczba kobiet może znaleźć umieszczenie w szpitalu dla leczenia tej choroby. Dokładne przeprowadzenie tego leczenia według wskazówek, jakie dają obecnie nauka i doświadczenie w tej chorobie, niezawsze daje się wykonać. Zachodzą tu trudności wykonywania w niejednokrotnie bardzo niedogodnych do tego warunkach domowych, wielolitrowych przepłókiwań, unikania ciężkiej pracy, tak często powodującej powikłania tej choroby i częstych zgłaszań się do zabiegów leczniczych, wykonywanych w przychodni. Wśród leczących się jest przeważająca liczba takich, którzy pomimo trudnych warunków, w jakich pozostają, dokładają wszelkich ze swej strony starań, aby w jaknajkrótszym czasie się wyleczyć. Tacy wykonują dokładnie to, co im zostało polecone i jeżeli popełniają błędy w postępowaniu przy leczeniu, to albo przez nieświadomość albo niemożliwość dostosowania się do wymagań leczenia. Zwykle tacy szanują z wielkim trudem przez nich zdobyte wyleczenie i przedstawiają korzystne wyniki pracy przychodnianej. Nierzadko trafiają się chorzy, dla których system dobrowolnego leczenia jest niewystarczający. Najsilniej uwydatnia się to u bardzo młodych chorych, często niemających jeszcze osiemnastu lat, którzy przebywając w środowisku nieodpowiedniem przedwcześnie poznali życie płciowe, a nawet dopuszczali się różnych przestępstw. Tacy zwykle lekceważą i zaniedbują leczenie, nie rozumiejąc i niedoceniając skutków tego postępowania. Z tych względów powinni tacy chorzy być umieszczani w zakładzie, w którym byliby zmuszeni do przestrzegania obowiązujących przy leczeniu przepisów. W tych wypadkach zaznacza się bardzo ujemnie brak stosowania przymusu, jaki dawałoby wprowadzenie ustawy przeciwwenerycznej. Ustawa ta zapewnia powstanie koniecznej dla skutecznego zwalczania chorób wenerycznych łączności pracy między przychodniami przeciwwenerycznemi a szpitalami. Łączność ta dawałaby możność roztoczenia opieki nad

[1]) Zgłoszone na X Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie 1935 r.

większą liczbą chorych, przez czas dłuższy, co zwłaszcza w kile jest koniecznym warunkiem uzyskania wyleczenia. Należy sobie bowiem uprzytomnić obecne ciężkie położenie, w którem bez pracy a zatem bez ubezpieczenia pozostaje duża liczba ludzi. Ludzie ci, niemający środków na najkonieczniejsze wydatki, a więc i na zaopatrzenie w środki zapobiegawcze najwięcej narażają się na zakażenie chorobami wenerycznemi i stanowią też 90% korzystających z pomocy przychodni. Nawet to leczenie, które im daje bezpłatnie lekarstwa jest bardzo utrudnione. Bo gdy choroba nie sprawia dolegliwości i trudności przy chodzeniu to korzystać muszą z każdej sposobności dającej im bodaj chwilowy zarobek. Leczenie to więc z tego powodu ulega częstym długim przerwom. Dla takich chorych zachodzi konieczność umieszczenia w szpitalu, co jednak obecnie ze względu na brak większej ilości miejsc bezpłatnych niezawsze może być uwzględnione.

Przez wprowadzenie przymusu leczenia, ustawa przeciwweneryczna postawi u nas walkę z chorobami wenerycznemi na odpowiednim poziomie. Jednak warunkiem wykonania tego przymusu jest dostarczenie chorym ubogim, bezrobotnym bezpłatnego leczenia. Takie leczenie połączone z bezpłatnem zaopatrywaniem w środki lecznicze mogą dawać przychodnie przeciwweneryczne, prowadzone i dostosowane do obecnych wymagań.

W roku ubiegłym Ministerstwo Opieki Społecznej wezwało okólnikiem wszystkie przychodnie przeciwweneryczne w celu ujednostajnienia organizacji wewnętrznej do sporządzenia statutów według wytycznych podanych w załączonym do tego okólnika wzorze. Wytyczne te określają dokładnie obowiązki lekarzy zajętych w przychodniach, które polegają na stosowaniu ogólnej techniki pracy, zgodnej z wymaganiami wiedzy współczesnej. W szczególności do tych obowiązków należy możliwie szybkie ustalenie rozpoznania i przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, pouczanie chorych, jak postępować, aby uniknąć powikłań choroby i zarażania osób z otoczenia, prowadzenie kart lekarskich regestracyjnych, wyznaczanie chorych do odwiedzin domowych. Przy udzielaniu porad należy do obowiązków lekarzy w przychodniach zapoznanie się, kontrolowanie i o ile możności uwzględnianie danych wywiadu społecznego (warunków bytu i otoczenia chorego), udział w prowadzeniu propagandy przeciwwenerycznej, utrzymywanie styczności z urzędami sanitarnemi, szpitalami, instytucjami, które mogą być użyteczne dla chorych znajdujących się pod opieką przychodni. Oprócz tego lekarze w przychodni obowiązani są wykonywać takie czynności, jak sprawdzanie w końcu każdego miesiąca kart regestracyjnych w celu wypisywania chorych, którzy bądź przestali uczęszczać do przychodni, bądź wyzdrowieli, składanie sprawozdań statystycznych w terminach i na drukach przepisanych. Do spełniania tych licznych obowiązków przewidują wytyczne statutowe oprócz lekarza kierownika przychodni i lekarzy ordynujących, personal pielęgniarski i kancelaryjny. Mimo to w mieście takiem, jak Kraków mającem powyżej 200 tysięcy mieszkańców, w jedynej przychodni przeciwwenerycznej miejskiej cała praca jest wykonywana przez jednego lekarza z pomocą sanitarjusza. Zarząd Miasta odpowiedział w tym kierunku wymaganiom dając lokal, bezpłatne zaopatrzenie w leki i wstawiając corocznie w budżet kwoty potrzebne na utrzymanie przychodni. Starania jednak od kilku lat trwające o subwencję rządową potrzebną dla opłacenia drugiego lekarza dotąd nie dały wyników. Już przy urządzaniu przychodni w roku 1930 było przewidziane, że przy większej frekwencji chorych, będzie w tej przychodni dwóch lekarzy pracować, i dlatego też urządzono dwa pokoje ordynacyjne.

Ruch chorych w przychodni przedstawia się obecnie tak, że w godzinach przyjęć zgłasza się od 20 do 30 osób. Przychodzący otrzymują przy wejściu do poczekalni kartki z liczbami porządkowemi, oznaczającemi kolejność przyjęcia i umieszczani są w dwóch poczekalniach, z których jedna przeznaczoną jest dla mężczyzn a druga dla kobiet. W godzinach przyjęć nie wykonuje się badań drobnowidowych, pobiera się tylko od chorych materjał do tych badań, które w czasie poprzedzającym następną ordynację zostają wykonane. W czasie przyjęć oprócz ordynowania wykonuje się zabiegi lecznicze, jak przepłókiwania, wstrzykiwania cewnikami, zastrzyki szczepionek, wstrzykiwania śródmięśniowe. Dla wstrzykiwań śródżylnych naznaczone jest raz w tygodniu oddzielne przyjęcie dla chorych do tych zabiegów przeznaczonych. Ponieważ te wszystkie zajęcia musi wykonać jeden lekarz, ordynacja trwa trzy do czterech godzin, pomimo, że przychodzenie chorych do przychodni jest ograniczone do jednej godziny. To długie czekanie na swoją kolej nie jest dogodne zwłaszcza dla osób pracujących. Dlatego też wielu przychodzi o wiele wcześniej przed wyznaczoną w przychodni godziną przyjęć, aby mieć możność otrzymania jaknajrychlejszej porady. Pomimo tych trudnych warunków pracy w przychodni, wyniki dotychczasowej działalności świadczą korzystnie o tej przychodni. Według poniżej umieszczonego liczbowego zestawienia ruchu chorych, każdy rok wykazuje zwiększającą się liczbę leczonych w przychodni.

W roku	Zgłosiło się osób w przychodni	Udzielono porad
1931	231	1091
1932	328	1615
1933	357	1687
1934	478	1801

Przez kilka lat między rokiem 1928 a 1931 liczba chorych na kiłę w Krakowie nie powiększała się, w następnych latach na podstawie cyfrowego obliczenia chorych zgłoszonych tylko w kilku zakładach leczniczych, jak w Szpitalu św. Łazarza, Ubezpieczalni Społecznej i w Miejskiej Przychodni przeciwwenerycznej występuje wyraźny wzrost, jak to przedstawia zestawienie liczbowe, wykazujące, że w roku 1932 zgłosiło się w tych trzech zakładach 3086 chorych na kiłę, w roku 1933 — 3364 a w 1934 roku 3899.

Liczby chorych na wszystkie choroby weneryczne zgłoszonych w tych trzech zakładach, przedstawiają się w tych latach już poważnie, bo wynoszą 10673 w roku 1932, 11250 w 1933 r. a 11888 w roku 1934. Jeżeli porównać tę statystykę z liczbami dotyczącemi lat od 1925 do 1927 a obejmującemi chorych także z trzech zakładów leczniczych, to zestawienie wykazuje wybitny wzrost tych chorób w ostatnich latach, bo liczba chorych w całym tym okresie trzech lat wynosi 10717, a więc jest mniejszą od liczby chorych wenerycznie zgłoszonych w ostatnim roku. Te cyfry nie obejmują jeszcze ogólnej liczby chorych leczonych w tych latach i dla wykazania tej liczby w przybliżeniu należałoby doliczyć przynajmniej 25%, ze względu na chorych leczonych w szpitalu wojskowym i w praktyce prywatnej.

Ogólna statystyka chorób wenerycznych w Polsce, dlatego nie jest ścisła, bo niema obowiązku donoszenia o tych chorobach. W Niemczech opiera się statystyka na corocznem zliczaniu w całem państwie wszystkich nowych zachorowań, które to liczby podaje państwowy dziennik urzędowy zdrowia. Ta statystyka przedstawia wybitne zmniejszenie się chorób wenerycznych wykazujące, że liczba zachorowań na kiłę między latami 1927 a 1934 zmniejszyła się o 40%, a na rzeżączkę o 31%. W Niemczech, podobnie jak w innych państwach, choroby weneryczne uważane są za groźne niebezpieczeństwo dla państwa, ze względu na to, że te choroby przy odpowiedniem nasileniu mogą powodować zmniejszenie ilości urodzin. W Niemczech 10% małżeństw jest bezdzietnych. Z tej liczby według dokładnych statystyk 1/4 bezdzietności przypisuje się rzeżączce u mężczyzn lub kobiet. Jeszcze gorzej przedstawia się ujemne działanie kiły w kierunku przyrostu ludności. Wchodzi w rachubę przy tej chorobie nietylko ilość porodów płodów nieżywych lub dzieci z kiłą wrodzoną, u których śmiertelność dochodzi do 25%. Zachodzi bowiem u dzieci z kiłą wrodzoną często niedorozwój umysłowy (u 40% dzieci). Dlatego też wszystkie państwa starają się nietylko o wstrzymanie szerzenia się chorób wenerycznych, ale dążą do jaknajbardziej wydatnego zmniejszania się liczby zachorowań. W Niemczech obecne wyniki walki z temi chorobami uzyskano zapomocą pogotowia leczniczego odpowiednio do tych celów urządzonego, a oprócz tego dopomogły w tym kierunku wprowadzone zarządzenia prawne, administracyjne i praca uświadamiająca. W roku 1927 wprowadzona ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych nałożyła na samorządy obowiązek starania się o leczenie osób, niezamożnych, wenerycznie chorych. Ponieważ lata następujące po 1927 roku przedstawiały się ekonomicznie dobrze, instytucje opieki społecznej i kasy chorych, rozporządzając wystarczającemi środkami finansowemi spełniały odpowiednio swoje obowiązki leczenia chorych wenerycznie.

Przychodnie przeciwweneryczne rozporządzały kwotą około 5 miljonów marek rocznie na te cele. Zniesienie reglamentacji i wprowadzenie w miejsce tejże nadzoru zdrowotnego kobiet uprawiających nierząd, zwiększyło liczbę kobiet objętych tym nadzorem już po upływie roku o 35% w porównaniu z dawniejszą kontrolą policyjno-obyczajową. Praca uświadamiająca działa nietylko na obyczajowe wychowanie młodzieży, ale przyczynia się także do pouczania społeczeństwa o niebezpieczeństwie, jakie dla zdrowia kryją w sobie choroby weneryczne i udziela objaśnienia jak stosować środki zapobiegawcze.

Jeszcze lepiej w ostatnich latach przedstawiają się wyniki walki z chorobami wenerycznemi w mniejszych państwach. Przykładem i wzorem, jak wiele można osiągnąć w tym kierunku jest Dania. Zestawienie liczbowe za ostatnie 15 lat przedstawia statystyka kiły dla całego państwa z 3½ miljonami mieszkańców z uwzględnieniem oddzielnem stolicy mającej 800 tysięcy mieszkańców.

Statystyka ta opiera się na danych, które centralny państwowy instytut serologiczny podaje. W zakładzie tym prowadzona jest szczegółowa ewidencja wszystkich chorych na kiłę w całem państwie. W kartotece znajdują się karty regestracyjne podające zamiast nazwisk początkowe litery i zawierające oprócz danych dotyczących wieku i płci, stwierdzenie choroby, bądź badaniem drobnowidowem bądź odczynami serologicznemi. Według tej statystyki liczba chorych wynosząca w 1919 roku *4780* obniżyła się w 1933 roku do *729*.

Ten nadzwyczajny wynik zwalczania tej choroby osiągnięto zapomocą świetnie działającej organizacji i odpowiednio postawionego lecznictwa.

System, jaki walka z chorobami wenerycznemi w Danji stosuje, działa w trzech kierunkach. Dla wszystkich chorych wenerycznie bez względu na ich stosunki finansowe dostępne jest bezpłatne leczenie. Wskutek tego w Kopenhadze 70% wszystkich wenerycznie chorych korzysta z bezpłatnego leczenia u specjalistów, którzy są wynagradzani przez państwo lub zarząd miasta.

Drugą ważną podstawą tej akcji jest przymusowe leczenie dla tych osób, u których choroba przedstawia możność udzielania zakażenia. Przymus ustawowy pozwala lekarzom wywierać nacisk, potrzebny u zaniedbujących lub lekceważących chorobę, do przeprowadzenia odpowiedniego leczenia.

Trzecim bardzo wydatnie działającym środkiem w walce z chorobami wenerycznemi jest w Danji stosowanie kar nawet za narażanie na zakażenie przez świadomych swojej choroby.

Walka z chorobami wenerycznemi nie rozporządza u nas obecnie, w stosunku do tego wzrostu liczby chorych wystarczającemi środkami. W szpitalach za mała liczba łóżek dla chorych wenerycznie nie pozwala na umieszczenie tych wszystkich, którzyby ze względu na stan choroby, lub warunki wśród których żyją i łatwość przenoszenia zakażenia powinni być umieszczeni. To jest jedna może najważniejsza z przyczyn, dla której pomimo postępu leczenia walka z chorobami wenerycznemi nie może u nas tak skutecznie działać, jak w innych państwach, gdzie już od szeregu lat wprowadzono ustawę przeciwweneryczną. Obecnie wprowadzenie tej ustawy napotyka na trudności, spowodu braku przygotowania i wystarczającego zaopatrzenia w odpowiednie urządzenia, jakie w obecnej sytuacji finansowej nie mogą być dokonane.

W zwalczaniu innych chorób społecznych, jak gruźlicy, działa pomoc władz i bierze udział całe społeczeństwo, tworząc towarzystwa, których zadaniem jest zbieranie funduszów potrzebnych do tej akcji. I dlatego też ilość dobrze urządzonych poradni przeciwgruźliczych przewyższa znacznie ilość przychodni przeciwwenerycznych. Akcja przeciwweneryczna rozporządza dotąd słabemi zasobami, które nie pozwalają na rozwój propagandy, dążącej zapomocą popularnych odczytów i pism do uświadamiania szerszych warstw społeczeństwa.

W obecnych ciężkich warunkach ekonomicznych istnieje poważne niebezpieczeństwo silniejszego jeszcze, jak dotąd wzrostu i rozszerzania się chorób wenerycznych. Sprzyja temu zwiększanie się tajnej prostytucji, dla której obecne zubożenie przedstawia dogodne podłoże.

System nadzoru policyjno-sanitarnego nad prostytucją obowiązujący u nas nie jest korzystny dla zwalczania chorób wenerycznych. Objęte tym nadzorem są przeważnie tylko prostytutki jawne, które jako reglamentowane muszą podlegać badaniom lekarskim. Ale pozostaje wielka ilość prostytucji tajnej niekontrolowanej, w stosunku do której liczba prostytutek jawnych przedstawia tylko pewien odsetek. I cała praca też obraca się około tej stosunkowo niewielkiej liczby kobiet uprawiających nierząd, podczas gdy do prostytucji tajnej umiejącej się ukrywać i zasłaniać pozornemi zajęciami nadzór policyjno-sanitarny nie ma dostępu. Sprzyja również rozszerzaniu się chorób wenerycznych wielki zastęp kobiet uprawiających potajemnie nierząd i niejednokrotnie wpisywanych na listę podejrzanych w tym kierunku, które stale co pewien czas zmieniają miejsce pobytu, przenosząc się z jednego miasta do innego, aby w ten sposób łatwiej uchodzić z pod nadzoru władz policyjnych. Dlatego zniesienie reglamentacji i wprowadzenie nadzoru zdrowotnego według przykładu innych państw okaże bezwzględnie lepszy wynik, dając możność objęcia tym nadzorem większą liczbę kobiet uprawiających tajnie nierząd, a dotąd prawie niekontrolowanych.

Obecny stan powinien zwrócić uwagę czynników powołanych w tym kierunku do czuwania. Może dojść bowiem do takiego wzrostu i szerzenia się chorób wenerycznych, że skuteczne zwalczanie tegoż będzie wymagało znacznie większego nakładu pracy i pomocy finansowej, niż obecnie. Zwiększenie ilości łóżek w szpitalach dla chorych wenerycznie, zwiększenie ilości dobrze uposażonych i urządzonych przychodni przedstawia najważniejszą podstawę zwalczania tych chorób. W tym celu koniecznie potrzebne jest także zorganizowanie propagandy przeciwwenerycznej działającej w środowiskach młodzieży, jak obozy pracy, oddziały junaków, oddziały przysposobienia wojskowego. Ochrona młodzieży zapomocą propagandy w tych środowiskach powinna być jaknajrychlej zorganizowana.

Przed laty zapoczątkowano w Krakowie propagandę przeciwweneryczną drogą popularnych pism jak np. Prof. L e n a r t o w i c z a „Czem są i czem grożą choroby weneryczne", odczytów, filmów a nawet wystawy przeciwwenerycznej, do której większość eksponatów dostarczyła Klinika Dermatologiczna Prof. W a l t e r a.

Akcja ta teraz zupełnie ustała, chociaż obecne warunki wymagałyby jaknajwięcej energicznego działania w tym kierunku.

Do tej pracy nie brakłoby zapewne chętnych wykonawców, widzących odpowiednie dla nich i godne wysiłku zadanie obrony społeczeństwa przed szerzącemi się chorobami wenerycznemi.

Dlatego przedstawienie obecnego stanu będzie wezwaniem, które nie powinno pozostać bez echa i spowoduje może pracę konieczną dla zaradzenia grożącemu niebezpieczeństwu.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Stanisław ABDAŃSKI. Lwów.

Torbiel wyrostka robaczkowego.

Z Oddziału Chirurg. Państw. Szpit. Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. med. Ryszard R o d z i ń s k i.

Wśród rozmaitych postaci zejścia zapalenia wyrostka robaczkowego jedną z rzadszych jest zupełne zamknięcie całej długości lub części jego światła. Może ono nastąpić przez kamienie kałowe, zmiany gruźlicze, czerwonkowe, guzy, karcinoidy, małe wągry bąblowca a najczęściej jako zejście spraw zapalnych. Zarośnięcie światła stwierdza się przedewszystkiem w wyrostku operowanym na zimno, zajmuje ono mniejszą lub większą część wyrostka, rzadko tylko światło zarasta całkowicie.

Zarośnięcia wyrostka są wcale częste (20—25%) (J o s a); starsi autorowie uważają je za fizjologiczne. Z wiekiem wzrasta ich liczba. R i b b e r t nie znajdywał nigdy zarosłych wyrostków u noworodków, rzadko przed 20 r. ż., a w 50% powyżej lat 60. S p r e n g e l l, A s c h o f f i inni nie uważają tej zmiany za fizjologiczną, C h r i s t e l l e r i Edmund M a y e r mówią tylko o zapalnej przyczynie zarośnięcia światła, za czem przemawia okoliczność, że usadowienie zarośnięcia zgadza się z usadowieniem zmian zapalnych, a mianowicie w 1/3 części obwodowej wyrostka robaczkowego.

W ten lub inny sposób zamknięty wyrostek robaczkowy jest w łączności z krezką a tem samem z narządem krążenia, mimo zupełnego oddzielenia od przewodu pokarmowego; należycie odżywiony, prowadzi żywot samodzielny. Zdarzyć się może, że blizna jest ograniczoną tylko do małej przestrzeni i że powstaje pierścieniowate zarośnięcie u podstawy wyrostka.

W tak oddzielonym wyrostku może powstać zapalenie ze wszystkiemi jego następstwami. Zdarzyć się również może, że komórki śluzowe w dalszym ciągu wydzielają śluz, który nagromadza się w odciętem świetle wyrostka, powoduje jego rozdęcie, ścieńczenie ścian i powstanie tworu torbielowatego, który określa się mianem *mucocoele* lub puchliny wyrostka *(hydrops appendicis)*. Jest to sprawa podobna do puchliny pęcherzyka żółciowego w przypadkach niedrożności przewodu żółciowego.

Na podstawie przypadku, jaki mieliśmy sposobność operować na tutejszym Oddziale Chirurgicznym Państwowego Szpitala Powszechnego postaram się streścić i omówić sprawę tej dość rzadkiej postaci zejścia zapalenia wyrostka robaczkowego.

Chora M. F., lat 24, zgłosiła się dnia 19 września ub. r. na Oddział z objawami typowego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, trwającego od tygodnia. U chorej stwierdzono w podbrzuszu prawem guz zapalny wielkości pięści, dość miękki, bolesny, wyczuwalny wyraźnie badaniem przez odbytnicę i pochwę. Ciepłota 37.8—38.5°. Mocz bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian; badanie ginekologiczne z wynikiem ujemnym. Rozpoznano plastron, zastosowano leczenie zachowawcze. Po 5 dniach ciepłota spadła do normy a po dalszych 5 dniach, t. j. 30. IX. 1935, kiedy guz stał się słabo macalny i niebolesny chorą wypisano do domu, z poleceniem zgłoszenia się do zabiegu operacyjnego na zimno po 2 miesiącach.

Chora zgłosiła się zgodnie z poleceniem do zabiegu operacyjnego, skarży się na bóle w podbrzuszu prawem. U chorej stwierdzono bolesność oraz opór mięśni brzucha po stronie prawej. *Per rectum* i w badaniu ginekologicznem nie stwierdza się zmiany chorobowej. Mocz bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Dnia 19. XI. Przystąpiono do zabiegu operacyjnego w uśpieniu eterowem; cięciem Jalaguiera otwarto jamę brzuszną, w której stwierdzono w miejscu wyrostka torbiel wielkości pięści dziecka, sprężystą z przyrośniętą siecią. Po oddzieleniu sieci stwierdzono, że torbiel ta jest w związku z kątnicą a tem samem jest zmienionym wyrostkiem robaczkowym. Wykonano typowe wycięcie wyrostka, jamę brzuszną zeszyto szwem trójwarstwowym na głucho. Stan pooperacyjny dobry. Rana zagojona przez rychłozrost.

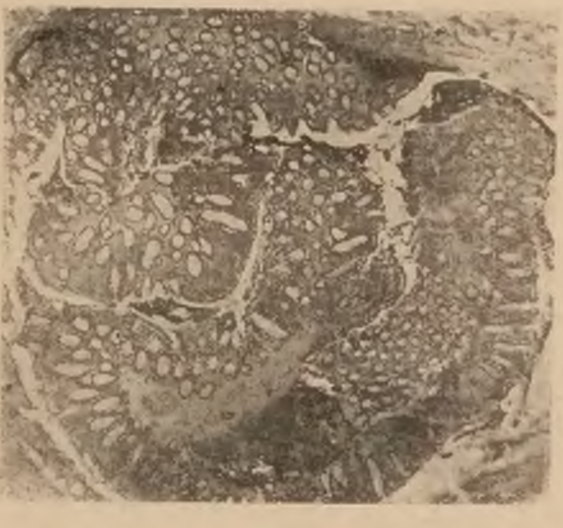
Dnia 26. XI. Chora opuszcza szpital bez objawów.



Torbiel wyrostka robaczkowego. (Fot. Dr. L. Zaturski).

Badanie histo-anatomiczne: (Zakład Anatomji Patologicznej U. J. K., Dr. Kielanowski). Histologicznie badano wyrostek robaczkowy w 3 miejscach, mianowicie bezpośrednio poniżej podwiązki operacyjnej, oraz w odległości 1 i 5 cm od niej. Miejsca przyczepu wyrostka do kątnicy nie można było badać, gdyż uległo ono zmiażdżeniu wskutek podwiązania.

W miejscu bezpośrednio przylegającem do podwiązki operacyjnej wyrostek nie wykazuje jeszcze znaczniejszego rozszerzenia; makroskopowo natomiast nie można stwierdzić światła wyrostka. Mikroskopowo stwierdza się (mikrofot. Nr. 1): otrzewną



Mikrofot. Nr. 1. Powiększenie 25-krotne.

i błonę mięsną bez wyraźnych zmian; w błonie podśluzowej dość obfite starsze nacieki zapalne złożone przeważnie z komórek jednojądrzastych, oraz włókniste zmiany pozapalne. Błona śluzowa wykazuje na przestrzeni jednej trzeciej obwodu znaczne wybujanie, jakgdyby brodawczakowate, w obrębie którego jest obrzękła a w niej są nader obfite nacieki zapalne i wybitne zmiany śluzowe nabłonka. To wybujanie, które należy uważać za przerostowy okres przewlekłego zapalenia wypełnia w znacznej części światło wyrostka, które przedstawia wąską szczelinę półksiężycowatą. Pozostałe odcinki błony śluzowej są w tem miejscu znacznie ścieńczałe, zanikające i posiadają tylko skąpe, krótkie cewki gruczołowe.

W odległości 1 cm od podwiązki operacyjnej (mikrofot. Nr. 2) jest błona mięsna ścieńczała, natomiast błona podśluzowa zgrubiała, zbudowana z obfitej skąpokomórkowej szklistej tkanki łącznej pozapalnej. Błona śluzowa tworzy bardzo cienką warstewkę, pokrytą jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym i zawiera tu i ówdzie skąpe, stare nacieki zapalne.

W odległości 5 cm od podwiązki (mikrofot. Nr. 3) jest cała ściana wyrostka znacznie ścieńczała i nie przekracza grubości jednego milimetra. Zanik dotyczy błony mięsnej i podśluzowej, szczególnie jednak samej błony śluzowej, w której nie stwierdza się ani nacieków zapalnych ani pozostałości po nich; krótkie cewki gruczołowe znajdują się w bardzo małej ilości (jedna cewka na 17 przekrojów).



Mikrofot. Nr. 2. Pow. 75-krotne. Wybitnie ścieńczała błona śluzowa, brak gruczołów Lieberkühna. Błona podśluzowa silnie zgrubiała i szklisto zmieniona.

Badanie płynu torbieli: płyn lekko żółtawy, opalizujący, zawartość białka 0.6%, oddziaływanie lekko kwaśne. Osad pod mikroskopem: pole zasiane ciałkami wypocinowemi, poszczególne nieliczne ciałka czerwone, złogi koloidowe (paraalbuminy).



Mikrofot. Nr. 3. Pow. 265-krotne. Wewnętrzna część ściany wyrostka robaczkowego, w której widoczna jest przecięta cewka gruczołowa. Błona śluzowa wybitnie ścieńczała.

Przypadek powyższy należy zaliczyć do kategorji t. zw. *mucocoele*. Tego rodzaju torbiele opisane zostały po raz pierwszy w r. 1863 przez Rokitanskyego, który stwierdził zamknięcie światła wyrostka kamieniem kałowym z następowem zwyrodnieniem śluzowem części zamkniętej.

Podobne torbiele opisali Virchow, Elle, Glawirowsky, Michaelson, v. Hansemann i inni. V. Hansemann znalazł wewnątrz światła zmienionego wyrostka ziarna podobne do saga i nazwał stan ten ***myxoglobulosis***.

Powstanie torbieli w naszym przypadku łatwo sobie wyobrazić, jeżeli uwzględnimy, że chora przebyła ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Mechanizm powstania torbieli w tym przypadku jest w świetle powyżej przytoczonych uwag zupełnie jasny. Wskutek ostrego zapalenia oraz zmian martwiczych na ogra-

niczonej przestrzeni wyrostka doszło do blizny, która doprowadziła do odcięcia światła wyrostka. Został zamknięty odpływ wydzieliny wytwarzanej stale przez błonę śluzową odsznurowanego odcinka.

Treść ta uległa następnie zagęszczeniu przez wchłanianie, tworząc galaretowatą, jednolitą masę wypełniającą światło wyrostka. Prawdopodobnie torbiel w naszym przypadku mogłaby dosięgnąć znaczniejszych rozmiarów, gdyby pomiędzy zapaleniem ostrem a zabiegiem operacyjnym upłynął dłuższy okres czasu.

Tego rodzaju torbiele wyrostka robaczkowego mogą przypominać w obrazie klinicznym torbiele, wychodzące z przydatków np. puchlina, ropniak jajowodu, *pseudomyxoma* jajnika. W obrazie klinicznym przeważać będą objawy miejscowe wywołane wzrostem danej torbieli. Obraz kliniczny zmieni się zupełnie z chwilą samoistnego pęknięcia torbieli lub pęknięcia pod wpływem jakiegokolwiek urazu. W ostatnim przypadku przeważać będą objawy ogólnego schorzenia z mniejszem lub większem zadrażnieniem otrzewnej.

Z chwilą wydostania się z pękniętej torbieli treści, t. j. pseudomucyny do jamy brzusznej, powstaje odczyn zapalny ze strony otrzewnej pod postacią bujania tkanki ziarninowej. Jest to odczyn obronny otrzewnej na obecność ciała obcego (pseudomucyny) prowadzący do t. zw. *peritonitis pseudomyxomatosa.*

Z drugiej strony komórki śluzowe, wyścielające torbiel, podobnie jak w rzekomym śluzaku jajnika brodawczakowatym, wydostawszy się po pęknięciu do jamy otrzewnej, mogą zaszczepić się na otrzewną i nadal wydzielać, co powoduje przerastanie otrzewnej ustawicznie nowotworzącemi się masami galaretowatemi.

Sprawa nabiera cechy rzekomo-nowotworowej, określanej mianem *pseudomyxoma peritonei.*

W rozpoznaniu schorzenia natrafiamy na trudności. Istnieją wprawdzie pewne cechy, któreby mogły kierować naszą uwagę na możliwość istnienia torbieli wychodzącej z wyrostka robaczkowego, o ile wogóleby się o niej myślało. Do takich należą:

1) wywiady pozwalające stwierdzić przebycie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego,

2) stwierdzenie obecności torbieli w okolicy kątnicy,

3) brak wypełnienia się światła wyrostka robaczkowego masą kontrastową w obrazie rentgenowskim.

Najczęściej rozpoznanie bywa przypadkowe na stole operacyjnym lub dopiero sekcyjnym (v. Hansemann, Frenkiel, Michaelson).

Za najwłaściwsze leczenie torbieli wyrostka uważać należy odcięcie wyrostka t. j. właściwie usunięcie torbieli.

Zabieg ten usuwa nietylko wszelkie dolegliwości subjektywne ale chroni przed możliwością powikłań wyżej wspomnianych t. j. *peritonitis pseudomyxomatosa* i *pseudomyxoma peritonei.*

Możliwość powstania tego powikłania jest jeszcze jednem ze wskazań do usunięcia wyrostka robaczkowego po przebyciu ostrego stanu zapalnego.

Piśmiennictwo:

1) V. G. Hentz M. D.: Annals of Surgery. Nr. 1. 1932. — 2) Josa: Zb. f. Ch. Nr. 5. 1935. — 3) Rohde: Zb. f. Ch. 1934. — 4) Lieblein: Bruns Beiträge zur Kl. Chir. 1929. — 5) Rosner: Ginekologja.

Dr. Karolina APPERMANÓWNA, Lwów.
Asyst. Państw. Szpit. Powsz.

Wartość pożywki Costy-Lipińskiego w diagnostyce różniczkowej błonicy [1]).

Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. W. Lipiński.

W ostatnich czasach często stawia się pytanie, czy w każdym przypadku podejrzanym o błonicę należy natychmiast podać surowicę przeciwbłoniczą, czy też podanie surowicy należy uzależnić od dodatniego wyniku badania bakterjologicznego. Szczególnie ważne to jest pytanie w przypadkach, w których już poprzednio surowicę podano, a gdzie należy się spodziewać, że wystąpiła specjalna nadwrażliwość na obcogatunkowe białko. Ponowne podanie surowicy, w wielu razach niepotrzebne, może wywołać wstrząs, niejednokrotnie niebezpieczny dla chorego. Toteż szybkie ustalenie rozpoznania na podstawie badania bakterjologicznego jest sprawą pierwszorzędnej wagi.

Na podstawie obserwacji klinicznej i równoczesnych doświadczeń z pożywką Löfflera, wykonanych w pracowni Oddziału Zakaźnego, możemy twierdzić, że przy użyciu najodpowiedniejszej i najbardziej doborowej pożywki, mimo klinicznie pewnej błonicy nie stwierdzamy niejednokrotnie w posiewie maczugowców Löfflera. Jedną z przyczyn jest nieodpowiednie pobranie materjału przeznaczonego do badania.

Opierając się na doświadczeniach Oddziału Zakaźnego, doszliśmy do wniosku, że odpowiednią pożywką, o ile chodzi o szybkie rozpoznanie maczugowców błonicy, jest pożywka Costy-Lipińskiego.

Skład tej pożywki jest następujący: Na 100 cm^3 surowicy końskiej dodajemy 10 cm^3 30% cukru gronowego, 3 cm^3 1% kwasu siarkowego, 1.5 cm^3 5% roztworu azolitminy. Stężenie jonów wodorowych wynosi 6.9. Pożywkę ustalamy w suszarce w cieplocie około 120°.

Pożywka ta podana została przez Costę-Troisier i Dauvergne, jednak ze względu na miękką konsystencję nie nadawała się do użytku. Modyfikacja Lipińskiego polega na zastosowaniu zamiast nalewki lakmusowej azolitminy w roztworze 5%, przez co konsystencja pożywki staje się należycie twarda i można uszkiem platynowem bez uszkodzenia pożywki szczepić i uzyskać poszczególne kolonje.

Po 18—24 godzinach rosną na tej pożywce maczugowce błonicy równie dobrze jak na surowicy Löfflera. Otrzymujemy kolonje drobne o charakterystycznem czerwonawem zabarwieniu z odcieniem mlecznej czekolady. Sama pożywka dookoła kolonji jest zabarwiona lekko różowo. Już po upływie 12 godzin zaznacza się zakwaszenie, zaś po 20 godzinach prawie zawsze można rozpoznać charakterystyczne kolonje maczugowców Löfflera. Kolonje pałeczek rzekomo-błoniczych są barwy szaro niebieskiej, nie mają bowiem zdolności rozszczepiania cukru gronowego, pożywka nie zmienia więc po upływie 24 godzin swej zasadniczej barwy niebieskiej. Rozpoznanie maczugowców błonicy ustalamy ostatecznie na podstawie morfologicznego wyglądu (typowe ułożenie pałeczek).

Przez okres 10 lat wykonaliśmy (jak wykazuje załączona tablica *14.121* badań treści błony śluzowej nosa i gardła, a w kilkudziesięciu przypadkach spojówki oka i sromu na maczugowce błonicy.

Badania wykonywaliśmy w przypadkach klinicznie podejrzanych o błonicę, w przypadkach płonicy powikłanej błonicą, u ozdrowieńców po błonicy i u nosicieli. Z tego 1583 razy wyhodowano maczugowce Löfflera t. zn. w 11.2% przypadków. Procent ten jest dlatego względnie niski, ponieważ uzyskany jest z przypadków dotyczących też ozdrowieńców po błonicy i nosicieli. W przypadkach wczesnej błonicy klinicznie pewnej, otrzymaliśmy na pożywce Costy-Lipińskiego prawie w 90% potwierdzenie bakterjologiczne błonicy najdalej po 24 godzinach.

Równocześnie wykonywano badania na nosicielstwo maczugowców Löfflera u chorych na płonicę. Treść nosa i gardzieli wysiewano na pożywkę Costy-Lipińskiego. Badań tych wykonano w ciągu 10 lat 13.444. Ogółem wszystkich badań wykonano 27.565.

Na podstawie naszego doświadczenia możemy twierdzić, że pożywka Costy-Lipińskiego, opierając się na właściwościach biochemicznych maczugowców Löfflera umożliwia szybkie i pewne rozpoznanie, co posiada pierwszorzędne znaczenie w diagnostyce różniczkowej błonicy.

Rok	Ilość ogólna badań wykonanych na maczug. błonicy z nosa i gardła			Błonica — podejrzenie w kierunku błonicy ozdrowieńcy po błonicy siewcy			Płonica, powikłana błonicą		
	ogółem	dodatnie	% dod.	ogółem	dodatnie	% dod.	ogółem	dodatnie	% dod.
1926	4529	494	10.9	1251	190	15.1	3274	304	9.2
1927	1300	171	13.1	1051	110	10.4	249	**61**	**24.5**
1928	779	103	13.2	583	49	8.4	196	**54**	**27.5**
1929	1039	79	7.6	682	67	9.8	357	12	3.3
1930	1311	117	9	730	86	11.7	581	31	5.3
1931	1159	101	8.7	749	89	11.8	410	12	2.9
1932	893	97	10.8	620	64	10.3	273	33	12
1933	1037	129	12.4	741	82	11	296	47	15.8
1934	1456	204	14	1152	176	15.2	304	28	9.2
1935	618	88	14.2	470	74	15.7	148	14	9.4

Ogółem badań 14.121 w tem dodatnich 1583. Przeciętny % dodatnich: 11.2.

Na nosicielstwo u chorych na płonicę wykonano badań 13.444.
Ogółem w ciągu 10 lat wykonano badań: 27.565.

---

[1]) Wygłoszone na VI Zjeździe Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich w Łodzi, dnia 1 listopada 1935.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Emil WYROBEK. Kraków.

Dzisiejszy stan organizacji walki z rakiem w Szwecji.

Niedawno miałem sposobność zapoznania się ze sposobem walki z rakiem w Szwecji, gdzie przebywałem przez prawie pół roku, jako stypendysta Funduszu Kultury Narodowej wysłany tamże z Kliniki Położniczej Chorób Kobiecych Uniw. Jagiellońskiego, w celu zaznajomienia się z kierunkiem leczniczym stosowanym w Szwecji w chorobie raka i z całą akcją społeczną dążącą do zwalczania raka, która, jak to przyznaje głos lekarzy całego świata, prowadzona jest w Szwecji o wiele bardziej sprężyście i celowo aniżeli gdzieindziej. Spostrzeżenia moje podaję pokrótce w niniejszem doniesieniu.

Organizacja walki z rakiem w dzisiejszym stanie naszych wiadomości o etjologji i patogenezie raka jest obok innych jednym z najważniejszych rodzajów broni, wiodącym do opanowania tego schorzenia. A jest to schorzenie o wiele częściej spotykane niż się powszechnie przypuszcza. Jak bowiem dokładne zagraniczne statystyki wykazują, na miljon mieszkańców zapada rocznie około tysiąc osób na raka, przyczem nadmienić należy, że z powodów obecnie nam nieznanych, liczba ta ustawicznie wzrasta. Osoby, które zapadły na raka wymagają natychmiastowego odpowiedniego leczenia i to już w początkowych okresach schorzenia. Leczenie to ogranicza się dzisiaj do doszczętnego leczenia chirurgicznego lub do leczenia energją promienną. Skuteczność obu tych metod jest wyłącznie miejscowa i tem pewniejsza, im wcześniej stosujemy leczenie.

Jest zatem społeczną koniecznością przeprowadzenie możliwie jaknajrychlej odpowiednio silnej organizacji, którąby umożliwiła wszystkim bez wyjątku chorym na raka korzystanie naczas z dostępnych nam dziś środków leczenia tego schorzenia.

Ze wszystkich państw w Europie najlepiej, jak to wspomniałem, zorganizowana jest akcja przeciwrakowa w Szwecji. Znakomity uczony i lekarz Prof. Gösta Forssell, twórca tak zwanej sztokholmskiej szkoły radjoterapji nowotworów złośliwych, jest głównym pionierem tej akcji. Podstawą tej organizacji jest zasada, że o wiele lepsze wyniki leczenia nowotworów złośliwych uzyskać można w dużych Klinikach i Zakładach, posiadających należycie wyszkolonych lekarzy-specjalistów, odpowiedni personal pomocniczy, wszelkie środki i urządzenia techniczne lecznicze (sale operacyjne, należyte ilości radu, odpowiednie aparaty Roentgena), pracownie pomocnicze, umyślne biura dla kontroli i statystyki leczonych u siebie chorych, niż w poszczególnych pomniejszych oddziałach szpitalnych. W Szwecji leczenie raka jest skupione w trzech dużych klinikach a mianowicie w Stockholmie, w Lund i Gotenburgu, tam też chorzy z całego kraju zostają kierowani i leczeni. Kierunek chirurgicznego leczenia raka jest w Szwecji zaniedbany i nie stoi na należytym poziomie w szczególności co do raków narządów rodnych kobiety. W związku z tem, silniej uwypuklają się wyniki, osiągnięte z pomocą energji promiennej przez szwedzkich klinicystów na polu leczenia raka, a między innemi także i raka narządów rodnych. Podobnie jak i w innych krajach tak i tutaj walkę z rakiem prowadzi się w kierunku leczenia dotkniętych tem cierpieniem osób, jak również i w kierunku badań naukowych nad istotą nowotworów złośliwych. Nadto zwraca się szczególną uwagę na wyszkolenie lekarzy specjalistów, jak również na zaznajomienie ogółu lekarzy z zasadami leczenia raka, stosowanemi w Szwecji, a więc zachowawczemi. Pouczanie społeczeństwa o objawach raka, jak i o konieczności wczesnego zgłaszania się chorych do leczenia uzyskuje się z pomocą dobrze przeprowadzonej i szerokiej propagandy zarówno w słowie, jak w piśmie. Szczególnie ważną rolę odgrywają tu wprowadzone od szeregu lat na Uniwersytecie w Stockholmie obowiązkowe kursy z dziedziny nauki o raku i sposobach jego leczenia, ze szczególnem uwzględnieniem energji promiennej (rad, Roentgen) dla studentów medycyny, jak również „Związku dla zwalczania raka", który subwencjonuje i organizuje podobne kursy także i dla lekarzy, personalu pielęgniarskiego i położnych a ponadto przeprowadza uświadomienie ludności drogą odczytów popularnych i przez wydawanie bezpłatnych broszurek i ulotek, które dochodzą aż do najodleglejszych wiosek kraju, pouczając ludność o pierwszych objawach raka, jak i konieczności natychmiastowego leczenia.

Wspomniane trzy kliniki, w których leczy się chorych na raka jedynie tylko sposobami zachowawczemi z pomocą energji promiennej, powstały nie równocześnie lecz w pewnej czasowej kolejności. Pierwsza z nich została stworzona w Stockholmie pod nazwą Radiumhemmet i do dzisiaj pod tą nazwą istnieje. Powstała zaś dzięki inicjatywie Profesora John Berga i profesora Gösty Forssella, którzy potrafili zainteresować sprawą leczenia raka w roku 1910 większe grono zamożnych obywateli. Uzyskany z pomocą ofiarności publicznej większy kapitał pozwolił na uruchomienie oddziału mającego na celu początkowo tylko badania naukowe raka i leczenie tego schorzenia energją promienną a w szczególności radem i Roentgenem. Oddział ten, zasilany w pierwszych latach swojego istnienia jedynie prywatnym kapitałem kilku osób, przejęty później został przez szwedzkie towarzystwo walki z rakiem z siedzibą w Stockholmie. Równocześnie do jego rozwoju przyczyniło się bardzo wydatnie państwo, wyznaczając bardzo duże dotacje. Mały oddział pod światłym kierunkiem jednego z największych radjologów świata, profesora Forssella rozwinął się w dużą klinikę i stał się dzisiaj głównym ośrodkiem leczniczym chorych na raka w Szwecji. Dla umożliwienia leczenia chorych na obszarze całego kraju w odpowiednich warunkach i zakładach, utworzono następnie na wzór Radiumhemmet zupełnie identyczne kliniki w Uniwersytecie w Lund w roku 1918 i w Gotenburgu w roku 1921. Obie posiadają pomieszczenie na 25 chorych i po dwa gramy radu.

W ten sposób, praktycznie rzecz biorąc, całe lecznictwo raka przeprowadza się obecnie w Szwecji w tych trzech klinikach mających tę samą organizację i te same sposoby leczenia. Przedtem jednak prócz kliniki „Radiumhemmet" istniały w Szwecji niemal w każdym większym oddziele szpitalnym ośrodki radjolecznicze, wyposażone w mniejsze lub większe ilości radu i w mniej lub więcej odpowiednie przyrządy Roentgena. Okazało się, że takie małe oddziały, częstokroć nieposiadające odpowiednich sił fachowych, nie spełniają należycie swojego zadania i wyniki ich lecznicze nie mogą się równać pod względem statystycznym z wynikami uzyskanemi przez duże kliniki. Z tego też względu, jak również i ze względów ekonomicznych ześrodkowano w Szwecji leczenie raka w tych trzech wspomnianych klinikach, biorąc między innemi pod uwagę i konieczność zgromadzenia możliwie jaknajwiększej ilości radu w kilku koniecznych ośrodkach.

Odsuwając narazie na dalszą przyszłość tworzenie nowych ośrodków radjoleczniczych dla leczenia nowotworów złośliwych, zwrócono teraz wszystkie starania tylko w kierunku dalszego rozwoju i możliwych ulepszeń tych trzech klinik. Narazie kliniki te mieszczą się jeszcze w starych i nieodpowiednich gmachach. Głównem przeto zadaniem prowadzonej obecnie w Szwecji akcji przeciwrakowej jest wybudowanie nowych gmachów klinicznych, w której to akcji brało i bierze udział całe społeczeństwo szwedzkie. I tak z okazji jubileuszu 70-lecia króla Gustawa V zebrało na ten cel całe społeczeństwo Szwecji w r. 1928 kwotę przeszło 5 miljonów koron szwedzkich. Ten dar narodowy, łącznie z kapitałem, zebranym przez „Związek walki z rakiem" dał kwotę 7-miu miljonów koron. Specjalna komisja, złożona z delegatów rządu, urzędów zdrowia, przedstawicieli uniwersytetów i władz szpitalnych, przeznaczyła jednomyślnie całą tę sumę na wybudowanie nowych, odpowiednio urządzonych do leczenia raka klinik w Stockholmie, w Lund i w Gotenburgu, które to zakłady służyć mają dla potrzeb całego kraju. Z chwilą zupełnego wykończenia tych klinik i należytego wyposażenia ich w rad, przyrządy Roentgena i pracownie pomocnicze, pozostająca jeszcze z funduszu jubileuszowego kwota służyć ma tylko wyłącznie dla badań nad rakiem, oraz dla prac i celów uświadamiania. Koszty dalszego utrzymania tych zakładów mają być pokrywane głównie przez państwo, a następnie przez uniwersytety i szpitale. Plan ten został jednomyślnie przez parlament zatwierdzony.

Tak więc akcja przeciwrakowa w Szwecji, zapoczątkowana zrazu tylko przez inicjatywę prywatną, a przez szereg lat prowadzona w klinikach o charakterze prywatnym, dzięki wytrwałości i poświęceniu dla tej idei całego swego życia kilku lekarzy i to głównie ginekologów i chirurgów, jak John Berg, Elis Berven, James Heyman a przedewszystkiem Gösta Forssell otrzymała później poparcie ze strony państwa doczekawszy się, po kilkunastu latach pomyślnej pracy, należytego zrozumienia i uznania całego społeczeństwa szwedzkiego.

Organizacja Kliniki Radiumhemmet.

Klinika Radiumhemmet w Stockholmie, w swym obecnym stanie utrzymywana jest przez państwo, wspierana przez uniwersytet w Stockholmie, przez szwedzki związek walki z rakiem, przez miasto Stockholm, przez wszystkie szpitale szwedzkie i przez bardzo liczne i wysokie dotacje różnych związków społecznych, jak i poszczególnych zamożnych osób.

Jako przykład hojności tych darów, zasypujących Radiumhemmet, podaję tu kilka dotacyj: od r. 1920 z funduszów państwowych pokrywane są koszty prowadzenia i utrzymywania polikliniki Radiumhemmet kwotą 15.000 koron rocznie, nadto państwo opłaca służbę szpitalną i personal pielęgniarski, pokrywa częściowo niezamożnym chorym koszty przejazdu koleją zarówno do leczenia, jak i do kilkakrotnych badań kontrolnych, płacąc

również koszty drogi powrotnej; pozatem państwo dopłaca klinice do każdego chorego kwotę 2 korony 50 örów dziennie. Uniwersytet Sztokholmski pokrywa koszty badań naukowych i ogłaszanych prac nad nowotworami złośliwemi. Na podstawie uchwały parlamentu szwedzkiego koszty leczenia i utrzymania niezamożnych chorych pokrywane są w połowie przez państwo, a w połowie przez gminy i różne urzędy. Fundusze, zbierane przez Związek walki z rakiem, zapisy publiczne (jak hojne są te dary, wykazuje zapis rodziny Andersonów, którzy aby uczcić pamięć swych zmarłych, przeznaczyli kwotę 100.000 koron na zakupno radu, a takich zapisów bywa rocznie po kilka), dalej sporadyczne dotacje państwowe przeznaczane bywają tylko na wewnętrzne urządzenie kliniki, na zakupno nowych przyrządów Roentgena i radu, na wyposażenie pracowni patologiczno-biologicznej i fizycznej w nowoczesne przyrządy naukowe i doświadczalne, wreszcie na cele uświadomienia szerokich kół społeczeństwa o istocie raka i o jego niepozornym, niezwracającym uwagi początkowym wzroście, jak i konieczności w przypadkach podejrzanych do co rychlejszego zwracania się o poradę i pomoc do kliniki *Radiumhemmet*, a wreszcie pieniądze te są przeznaczane na prowadzenie oddziałów kontroli, statystyki i opieki społecznej.

Władzą naczelną dla Radiumhemmet jest obecnie Związek walki z rakiem, a prezes tego towarzystwa jest równocześnie inspektorem kliniki Radiumhemmet, dyrektorem zaś Prof. Dr. E. Berven.

Co do specjalności istnieją w Radiumhemmet dwa oddziały: jeden ogólny, którego kierownikiem jest Prof. Dr. E. Berven, drugi ginekologiczny, którym obecnie kieruje Doc. Dr. Heyman.

Oddział ogólny i ginekologiczny rozporządzają łącznie 56 łóżkami, mieszczącemi się w 12 dużych salach i 6 separatkach dla zamożniejszych chorych.

Prócz tego każdy z tych oddziałów posiada salę do badania chorych, salę do stosowania radu, jak i salę do pomocniczych zabiegów chirurgicznych. Doszczętnych zabiegów chirurgicznych w Radiumhemmet się nie przeprowadza. Prócz oddziału klinicznego, tak dział ogólny, jak i ginekologiczny, posiadają osobne polikliniki dla badania zgłaszających się chorych. Każda z tych poliklinik składa się z dużej poczekalni dla chorych, z pokoju do badań z kilkoma kabinami do rozbierania, z małej salki operacyjnej i podręcznego sekretarjatu. W poliklinikach tych przeprowadza się badania początkowe i późniejsze badania kontrolne. Każdy chory, zgłaszający się po raz pierwszy do kliniki, zostaje umieszczony imiennie na osobnej karcie ambulatoryjnej, zawierającej: dane osobiste, opis chorego, jego żale i skargi, tam także wpisuje się dalsze wywiady, wyniki badania, orzeczenie lekarza. Kartę taką, wraz z innemi, przechowuje się systemem kartotekowym. Gdy chory zostaje przyjęty do leczenia w klinice Radiumhemmet, zakłada się dla niego historję choroby w postaci dużej koperty, w której umieszcza się wszystkie dokumenty, dotyczące historji tej choroby, a więc: właściwą historję choroby, kartę leczenia Roentgenem, kartę stosowań radowych, wynik badania histo-patologicznego, zdjęcie rentgenologiczne, fotografje zmiany chorobowej przed leczeniem, podczas leczenia i po wyleczeniu, oraz wszelkie korespondencje z chorym i z lekarzem, który skierował chorego do kliniki.

Właściwa historja choroby, t. j. badanie, przebieg leczenia, jak również opisy zabiegów pomocniczych, stosowania radu i naświetlań Roentgenem, a później wyniki badań kontrolnych, są przez lekarzy dyktowane do dyktafonu, a następnie przez sekretarki przepisywane na maszynie. Koperty te, oznaczone liczbą porządkową, nazwiskiem chorego i rozpoznaniem choroby, przechowuje się w odpowiednich działach.

Tak prowadzone historje choroby wymagają stosunkowo dużo pracy lekarzy i sekretarjatu. System ten jednak dający łatwy przegląd ze względu na badania kontrolne chorych, na łatwość zestawienia statystyki i wykorzystania materjału do prac naukowych, okazał się pod względem praktycznym bardzo odpowiedni.

Prócz kliniki i polikliniki Radiumhemmet posiada następujące oddziały: 1. Oddział leczenia radem, 2. Oddział Roentgena, 3. Pracownię fizyczną, 4. Pracownię histo-patologiczną, 5. Oddział kontroli i statystyki, 6. Oddział opieki społecznej, 7. Oddział biurowy.

Oddział leczenia radem.

Radiumhemmet posiada 10 gramów radu, z tego 8 gramów umieszczonych jest w dwóch lampach radowych, t. zw. kanonach, stosowanych do leczenia radem z odległości. Jedna z tych lamp zawiera 5 gramów radu, druga 3 gramy. Pozostałe 2 gramy rozłożone są na tubki, igły i płytki, otoczone filtrami platynowemi.

Rad przechowuje się w skrzynkach o grubej na 5 cm ścianie ołowianej, w kasach ogniotrwałych, zaopatrzonych w sygnały ostrzegawcze, chroniące od kradzieży.

By zapobiec uszkodzeniu lub zaginięciu radu, przeprowadzana jest codziennie skrupulatna kontrola ilości radu, będącego w użytku i w przechowaniu. Za rad odpowiedzialna jest siostra, która wydaje go do leczenia tylko za kwitem, wciąganym do arkusza kontrolnego. Co pewien czas rad jest poddany kontroli w pracowni fizycznej celem stwierdzenia, czy wskutek sterylizacji lub innych czynników płaszcz platynowy tubki radowej nie uległ uszkodzeniu, a rad rozłożeniu lub zmniejszeniu swej energji.

Wszystkie stosowania radu wykonują wyłącznie lekarze kliniki. Z chwilą założenia radu chory pozostaje pod opieką siostry, z podaniem jej dokładnej ilości założonego radu i czasu, kiedy rad ma być wyjęty i oddany do przechowania za zwrotem kwitu.

W ostatnich czasach coraz to więcej zwrócona jest uwaga na wartość leczniczą stosowania promieni radu z dużej odległości, z gniazda radowego, zawierającego kilka gramów radu, czyli na t. zw. tel-radjoterapję. Doświadczenia, zebrane w Radiumhemmet wykazały, jakoby w szczególnie ciężkich i daleko posuniętych sprawach nowotworowych, gdy ani stosowanie powierzchowne radu ani promienie Roentgena nie są skuteczne, tel-radjoterapja miała dawać pomyślne wyniki. Toteż dziś klinika Radiumhemmet opiera leczenie nowotworów złośliwych w dużej mierze na tel-radjoterapji.

W daleko posuniętych stanach nowotworów jamy ustnej, gardzieli, krtani, jamy nosowej, w nawrotach pooperacyjnych i przerzutach, w ciężkich postaciach raka narządów rodnych kobiecych i w tych wszystkich przypadkach raka, gdzie ze względu na wyniszczenie chorego nie można przeprowadzić intensywnego leczenia promieniami Roentgena — stosują w Radiumhemmet tel-radjoterapję, łącząc ją często z naświetlaniami promieniami Roentgena. Wskazania do tel-radjoterapji są bardzo szerokie, jednak dzisiaj, ze względu na stosunkowo niedługi okres stosowania tel-radjum, sposoby te nie są dokładnie opracowane. Ponieważ ilość chorych, przeznaczonych w Radiumhemmet do tel-radjoterapji, jest stosunkowo duża, więc aby obsłużyć wszystkich tych chorych, oddział tel-radjoterapji pracuje bez przerwy — tak we dnie, jak i w nocy. Obsługę jego fachową stanowią trzy siostry, pracujące na zmianę po 8 godzin.

Oddział Roentgena.

Posiada 6 aparatów Roentgena do głębokiego stosowania — firmy „Siemens" i firmy „Järnhn" w Stockholmie. Wyposażony on jest w nowoczesne urządzenia ochronne i higjeniczne. Naświetlania przeprowadza wykształcony personal pomocniczy, a tylko w wyjątkowych wypadkach naświetlaniami kieruje lekarz.

Każdy chory ma kartę naświetlań, która zawiera następujące rubryki, wypełniane w czasie napromieniania: dzień leczenia, data, aparat, lampa, KV, MA, filtr, pole napromieniane, jego wymiary i powierzchnia, odległość skóry od ogniska, czas naświetlania i dawka promieni podana w „HED" i w „r".

Zarówno dla personalu lekarskiego, jak i pomocniczego, pracującego przy radzie i Roentgenie, podane są przepisy, aby uchronić ich od szkodliwego działania promieni. Ze względów zdrowotnych przyjęto w organizacji pracy dla personalu pracującego przy radzie i Roentgenie, postanowienia II Międzynarodowego Kongresu Radjologów w Stockholmie w r. 1928, a mianowicie: 1. Najwyżej 7 godzin dziennej pracy. 2. Najwięcej 5 dni pracy w tygodniu (przyczem czas wolny spędzany być powinien na świeżem powietrzu). 3. 2 miesiące urlopu rocznie, w tem 1 miesiąc w lecie, 1 w zimie. 4. Personal, zajęty przy radzie i Roentgenie nie może być obciążony inną pracą szpitalną.

Tak lekarze Radiumhemmet, jak i personal pomocniczy, poddawani są okresowemu badaniu obrazu krwi.

Pracownia fizyczna.

Równocześnie z szybko postępującym rozwojem radjo-lecznictwa, badania nad właściwościami fizycznemi promieni radu i Roentgena rozwinęły się tak dalece, że dziś jest rzeczą niemożliwą dla lekarza opanowanie należycie całokształtu radjofizyki i wykorzystanie odpowiednio dla celów praktycznych. Dlatego to przy dużych klinikach radjo-leczniczych powstają osobne oddziały fizyczne, pozostające pod kierunkiem wykształconych inżynierów fizyków, których zadaniem jest, prócz badań naukowych w dziedzinie radjo-fizyki, udzielać pomocy zawodowej lekarzom radjologom.

W Radiumhemmet personal pracowni fizycznej sprawdza przyrządy Roentgena, miareczkuje lampy rentgenowskie, czuwa nad urządzeniami ochronnemi i przeprowadza dokładne pomiary przetworów radowych. Codzienne sprawdzania tej pracowni dają lekarzom pewność, że aparaty Roentgena sprawnie działają.

W ostatnich latach sprawdzanie przyrządów Roentgena i miareczkowanie lamp rentgenowskich przez pracownię fizyczną Radiumhemmet, rozszerzyły się również na wszystkie oddziały radjologiczne w Szwecji. Specjalny ambulans pracowni fizycznej Radiumhemmet objeżdża w pewnych odstępach czasu oddziały i przeprowadza sprawdzanie na miejscu. Znaczenie tych sprawdzań, wykonywanych przez fizyków, ze względu na bezpieczeństwo chorych, jak i pomyślny wynik leczenia, jest tak wielkie, że nawet oddziały radjologiczne sąsiednich krajów poddają się okresowemu sprawdzaniu pracowni fizycznej Radiumhemmet. Z pracowni tej wychodzi również cały szereg cennych prac naukowych. Kierownikiem tej pracowni fizycznej jest znakomity fizyk dr. Rolf Siver. Podlegają mu inżynier, kierujący oddziałem mierzenia dawek, oraz pomocnik techniczny, a nadto 3 asystentów, doskonale obeznanych z dzisiejszemi gałęziami chemji i fizyki.

Pracownia histo-patologiczna.

Pracownia histo-patologiczna Radiumhemmet rozwinęła swą działalność nietylko w kierunku rozpoznawczym wycinków pobranych od chorych, leczonych w Radiumhemmet, lecz także w kierunku badań naukowych nad zmianami w utkaniu nowotworów złośliwych pod wpływem promieni radu i Roentgena, a ponadto pracownia ta posiada oddział doświadczalny do badań na zwierzętach w zakresie biologji promieni radu i Roentgena oraz w zakresie przyczynowości raka.

W Radiumhemmet uznaje się wogóle zasadę, że pobieranie próbnych wycinków guzów nowotworowych, jak również i inne podobnie niedoszczętne zabiegi, wykonywane na guzach i naciekach nowotworów złośliwych dłuższy czas przed przystąpieniem do właściwego leczenia przedewszystkiem zaś leczenia energją promienną, jest szkodliwe. Może bowiem niejednokrotnie stać się przyczyną szybkiego wzrostu guza i przyspieszyć powstawanie przerzutów. Z tych też względów tak lekarze, jak i szpitale w Szwecji, nieleczące raka, nie wykonują wycięcia próbnego nacieków czy guzów, lecz chorych nawet z wątpliwem rozpoznaniem kierują wprost do jednej z trzech wymienionych klinik. Tam zaś starają się, aby czas od pobrania wycinka aż do rozpoczęcia właściwego leczenia jaknajbardziej skrócić. Po większej części w przypadkach klinicznie jasnych badanie histologiczne wykonuje się dopiero na tkankach pobranych w czasie zakładania radu, a tylko w wypadkach wątpliwych wykonuje się badanie przed rozpoczęciem właściwego leczenia i czeka na wynik badania.

Oddział kontroli i statystyki.

W większości chorób uważa się, że niebezpieczeństwo minęło z chwilą opuszczenia szpitala przez pacjenta zdrowego i wolnego od objawów chorobowych. Przy nowotworach złośliwych nie jesteśmy jednak nigdy pewni, czy nóż chirurga usunął wszystkie gniazda nowotworowe, czy też po przeprowadzeniu naświetlania promieniami radu i Roentgena, nie pozostały jeszcze jakieś komórki nowotworowe, zdolne do życia i rozwoju, z których powstaćby mogły nawroty choroby i przerzuty. Dlatego to już nawet po wyleczeniu i opuszczeniu szpitala, ozdrowieniec musi pozostawać w ciągłej opiece lekarskiej, aby w przypadku nawrotu lub wystąpienia przerzutów, możliwie jaknajwcześniej przeprowadzić można było powtórne leczenie.

W pierwszych latach istnienia Radiumhemmet, kiedy ilość chorych była stosunkowo niewielka, mógł lekarz pozostawać w bezpośredniej, osobistej styczności z chorym i co pewien czas, po opuszczeniu przez chorego szpitala, mógł sprawdzać stan jego zdrowia. Skoro jednak ilość leczonych wzrosła, okazało się koniecznością zorganizowanie osobnego oddziału sprawdzań. Konieczne jest bowiem sprawdzalne badanie, by uchwycić najwcześniejszy okres nawrotów lub przerzutów i wczas jeszcze chorego leczyć. Chorzy muszą więc być w stałych odstępach czasu badani i w razie potrzeby leczeni, ponieważ ogniska rakowe mogą nieraz wzrastać nagle i w przeciągu krótkiego czasu osiągać takie rozmiary, że wszelkie zabiegi lecznicze będą bezskuteczne. Gdy więc kontrolne badania nie są należycie przeprowadzane, chorzy z nawrotem zjawiają się zwykle do leczenia w rozpaczliwych stanach.

Sposób sprawdzań, stosowany w Radiumhemmet, jest następujący: w czasie pierwszego badania chorego w Radiumhemmet wypełnia się w oddziale sprawdzań i statystyki dwie kartki, z których jedna pozostaje w Radiumhemmet, drugą zaś wręcza się choremu. Skoro chory po ukończeniu leczenia opuszcza zakład, na kartach tych zostaje oznaczony dokładnie dzień badania kontrolnego, lub powtórnego leczenia, albo czas, w którym leczony ma donieść piśmiennie o stanie swego zdrowia. Jedną kartę wręcza się leczonemu, dokładnie go przytem o znaczeniu sprawdzań pouczając, drugą kartę umieszcza się w kartotece, wedle miesięcy i dni, w których chory ma się zgłosić do badania. W ten sposób każdego dnia stwierdzić można, który z leczonych w tym dniu ma się zgłosić do badania kontrolnego, do leczenia, lub podać piśmienną wiadomość o stanie swego zdrowia. Historję choroby tych chorych wyjmuje się poprzedniego dnia z archiwum i skoro chory zgłosi się do polikliniki i swą kartę kontrolną wręczy, zarówno historję choroby, jak i karty kontrolne, przesyła się do lekarza polikliniki, który przeprowadza sprawdzanie. Jeżeli natomiast leczony w dniu tym nie zgłosi się do badania, lub nie doniesie o stanie swego zdrowia, wysyła się do niego niezwłocznie pismo, wyznaczające mu powtórny termin. Ponieważ zdarza się, że chorzy mogą podać mylny adres, lub zmienić miejsce swego zamieszkania, dlatego to w wypadku, gdy leczony mimo przypomnień nie odpowiada, Radiumhemmet zwraca się do gmin, urzędów parafjalnych i biur meldunkowych z prośbą o podanie adresu tego chorego. O ile chory spowodu podeszłego wieku lub choroby do badania kontrolnego osobiście zgłosić się nie może, wysyła się niezwłocznie do lekarza okręgowego pismo, który badanie kontrolne leczonego na miejscu przeprowadza i o wyniku badania do Radiumhemmet donosi. Leczony po opuszczeniu kliniki zgłasza się do sprawdzania w odstępach czasu, oznaczonych zależnie od orzeczenia lekarza, a skoro twierdzi się, że jest już klinicznie trwale wyleczony, badania kontrolne przeprowadza się wtedy raz na pół roku. Przy tym systemie kontroli, uwzględniając stosunkowo niewielkie zaludnienie w Szwecji, dobry sposób zgłaszania mieszkańców i współpracę lekarzy okręgowych, urzędów gminnych i parafjalnych, jak również okoliczność, że wszyscy niezamożni chorzy mają zapewniony bezpłatny przejazd koleją do sprawdzań, badania kontrolne nie przedstawiają wielkich trudności, a jak doświadczenie wykazało, z leczonych w Radiumhemmet w latach 1914—1935, zaledwie kilkanaście osób nie zgłosiło się do badań.

Praca oddziału kontrolnego ułatwia bardzo zestawienie statystyki rocznej leczonych chorych. W księdze statystycznej każdy chory ma osobną kartę, na której przy pierwszem badaniu wypisuje się rozpoznanie i krótki opis cierpienia, następnie przy końcu roku kalendarzowego wpisuje się przebieg i wynik dotychczasowego leczenia pod następującemi rubrykami: 1. Wolny od objawów. 2. Wolny od objawów, zmarł wskutek innej choroby. 3. Wolny od objawów, nawrót, powtórnie wolny od objawów. 4. Wolny od objawów, nawrót, pogorszenie. 5. Czasowo wyleczony. 6. Czasowo wyleczony, pogorszenie, śmierć. 7. Nie wyleczony. 8. Dopiero niedawno pozostaje w leczeniu. 9. Leczenie przerwano. 10. Nie nadaje się do leczenia radjologicznego.

Z rubryk tych zestawia się łatwo roczną statystykę, grupując przypadki te wedle części ciała, dotkniętych sprawą nowotworową. Wyniki tej statystyki podawane są w rocznych sprawozdaniach „Związku walki z rakiem".

Oddział kontroli i statystyki pozostaje w łączności z wszystkimi lekarzami i szpitalami w Szwecji. Wysyłając im prospekty, pouczające o warunkach przyjęcia chorych do Radiumhemmet, a następnie informując lekarzy i szpitale, przysyłające chorych, o przebiegu i wyniku leczenia, ułatwia sobie możność prowadzenia ścisłej kontroli i dokładnej statystyki. W prospektach tych wystosowana jest prośba do lekarzy i kierowników szpitali, aby w przypadkach rozpoznanych nowotworów złośliwych nie robiono na tych guzach żadnych chirurgicznych drobnych zabiegów, a przedewszystkiem, by poniechano wykonywania wycinków próbnych, gdyż zdaniem Radiumhemmet wszelkie połowiczne zabiegi chirurgiczne w przypadkach złośliwych wywołują szybki wzrost guza i liczne przerzuty.

Chorzy przyjmowani są do Radiumhemmet za uprzedniem pismem lekarza lub szpitala. Zgłoszenia te przyjmuje kierowniczka administracyjna Radiumhemmet, która wysyła choremu odpowiedni formularz do wypełnienia, z podaniem dnia przyjęcia i kwoty, mającej być złożonej przed jego przybyciem. Prócz tego powiadamia go o warunkach przyjęcia i podaje mu wskazówki, w jaki sposób postarać się może o bezpłatny przejazd koleją.

Ponieważ ilość łóżek w Radiumhemmet jest stosunkowo niewielka, a ilość zgłaszających się chorych bardzo duża, dlatego to otrzymanie łóżka nasuwa nieraz wiele trudności. Kierowniczka administracyjna ma w swem biurze dużą tablicę ścienną, dającą przegląd wolnych i zajętych łóżek w klinice. Każdy chory ma na tej tablicy swą kartę, która poucza kierowniczkę, jak długo łóżko to będzie zajęte. Tablica ta pozwala kierowniczce określić dokładnie dzień, w którym nowy chory może otrzymać łóżko. Chorzy, wymagający natychmiastowego leczenia, mają pierwszeństwo w przyjęciu do Radiumhemmet.

Oddział Opieki Społecznej.

Pozostające w związku z czynnością Radiumhemmet sprawy natury społecznej, powierzone są kierowniczce Oddziału opieki społecznej. Przy przyjęciu chorego do Radiumhemmet bierze się pod uwagę jego ubóstwo. W myśl rozporządzenia ministerstwa, chorzy niezamożni, otrzymują bezpłatny przejazd koleją, a koszty ich leczenia i utrzymania w Radiumhemmet, pokrywa w zupełności państwo i gminy po połowie.

Drobni posiadacze z przywilejów takich korzystać nie mogą, zdarzyć się jednak może, że majątek ich jest tak mały, iż pokrycie znacznych kosztów leczenia i pobyt dłuższy w Radiumhemmet ich stan majątkowy mocno narusza, a rodzinę ich wprowadzić mógłby w skrajną nędzę. W takich przypadkach Radiumhemmet chorym tym spieszy z wydatną pomocą materjalną. Kierowniczka oddziału opieki społecznej pozostaje bowiem w stałej styczności z chorym i jego rodziną i to zarówno podczas leczenia w zakładzie, jak i przez dłuższy czas nawet po wyleczeniu. Kierowniczka zaznajomić się musi z warunkami życia tych chorych, ze stanowiskiem społecznem członków rodziny i spieszyć im ma z radą i pomocą. Na wniosek kierowniczki oddziału opieki społecznej koszty leczenia tych chorych w Radiumhemmet pokryte być mogą z funduszów, zebranych od zamożniejszych chorych. Na wniosek kierowniczki, zakłady dobroczynności publicznej i królewski fundusz opieki nad chorymi, udziela tym chorym zapomogi, które pozwalają im pokryć koszty leczenia i w czasie, kiedy sami zarobkować nie mogą, utrzymać swą rodzinę. Celem umożliwienia wypoczynku chorym pomiędzy poszczególnemi okresami leczenia, wybudowało miasto Stockholm dom wypoczynkowy, gdzie za poparciem kierowniczki zakładu, chory otrzymać może zupełnie bezpłatny pobyt.

Ci, którzy po wyleczeniu, wymagają dłuższej opieki domowej, korzystać mogą bezpłatnie z opieki sióstr, pielęgniarek i położnych opłacanych z funduszów dobroczynności publicznej. Przyznanie leczonemu takiej opieki i pomocy, zależne jest również tylko od kierowniczki oddziału opieki społecznej.

Oddział biurowy.

W oddziale biurowym załatwia się wszelkie sprawy pieniężne. Pobiera się więc wszelkie należytości za pobyt i zabiegi. Ceny za zabiegi są różne zależnie od rodzaju zabiegu. W zasadzie równają się one kosztom zakładu. Naprzykład za naświetlanie Roentgenem oblicza się 15 koron za jedną dawkę skórną z filtrem aluminiowym w odległości zwyczajnej (40 cm), za jedną natomiast taką samą dawkę skórną lecz z użyciem filtru miedzianego i cynkowego z tej samej odległości liczy się już 22 korony.

Za pierwsze badania w poliklinice płacą chorzy (o ile mogą) dwie korony. Dalsze jednak badania są bezpłatne, a to dlatego, aby nie utrudniać i nie zniechęcać do dalszych badań, które zazwyczaj są sprawdzaniem i posiadają duże znaczenie dla leczącego się.

W oddziale biurowym sprawdza się też formularze za kwity należytościowe i koszty podróży, które wypłaca leczącym się również to biuro. Są to sumy stosunkowo bardzo znaczne. Dość wspomnieć, że w roku 1929 wypłacono w tym biurze chorym, jako zwrot kosztów podróży przeszło 75.000 koron. Kwoty te wpłaca do kasy Radiumhemmet królewski urząd lekarski, dokąd przesyła się świadectwa niezamożności chorych jak i poświadczenia z odbytej podróży w postaci biletów kolejowych. Taka organizacja zapewnia wszystkim i to bez wyjątku na ich stan majątkowy możność korzystania z leczniczych urządzeń kraju, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę to, że za niezamożnych chorych opłaca taksę dzienną i taksę za zabiegi, częściowo rząd a częściowo związek walki z rakiem.

* * *

Radiumhemmet tworzy wraz z wszystkiemi swemi oddziałami, jedną nierozdzielną, organiczną całość, złączoną ściśle ze sobą przez codzienną, osobistą współpracę wszystkich zajętych tam pracowników, dążących wspólnie do tego samego celu. Pod znakomitym kierunkiem dalekowzrocznego Forssella stało się Radiumhemmet ośrodkiem radjologicznego leczenia nowotworów złośliwych, a zarazem ośrodkiem wszelkich naukowych badań nad rakiem w Szwecji, ośrodkiem znanym i uznanym przez cały świat. Liczni lekarze i badacze z różnych krajów przyjeżdżają do Radiumhemmet dla nauki, starając się poznać jego organizację i sposoby lecznicze, stosowane w tym zakładzie.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 3. 1936. Hanke E.: Jak zorganizować stan lekarski w Polsce. — Orłowski F.: Ignoramus et ingnorabimus.

Życie Dziecka. Nr. 1. 1936.

Młoda Matka. Nr. 3. 1936.

Wiedza Lekarska. Z. 1. 1936. Blacher L.: Zagadnienie rodowodu płytek w świetle własnych badań. — Wiszniewski J.: Zagadnienie leczenia klimatycznego w zakażeniu gruźlicą u dzieci. — Stawecki: Passiflorina, jej składniki i działanie.

Klinika Współczesna. Nr. 1. 1936.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 2. 1936.

OCENY.

Bóle w klatce piersiowej. JÓZEF TYPOGRAF. Monografje lekarskie dla lekarzy-praktyków. Zeszyt 10 (22), 1935. Wyd. „Eskulap". Warszawa. Str. 30.

Autor omawia rozpoznanie różniczkowe schorzeń, których przewodnim objawem są bóle w klatce piersiowej, a więc bóle w okolicy serca, bóle wychodzące ze ściany klatki piersiowej, bóle z przeważającemi objawami ze strony narządu oddechowego, bóle pochodzące z narządów śródpiersia i bóle w klatce piersiowej promieniujące z narządów odległych. Zalety dziełka są następujące: podkreślona ważność badania fizykalnego, które winno dać kierunek badaniom dodatkowym (prześwietlenie klatki piersiowej w schorzeniach płuc i serca, elektrokardjogram, badania chemiczne, bakterjologiczne i serologiczne). Rzecz ułożona przejrzyście, przedstawiona prosto i jasno, ilustrowana krótkiemi historjami choroby. Wydanie staranne, jedynie w tekście okładki błąd drukarski.

H. Długosz (Lwów).

Klinik der Erkrankungen des Herzmuskels (X Fortbildungslehrgang in Bad Nauheim 20—23. IX. 1934). Str. IV + 170. 8⁰. Drezno. 1934. Teodor Steinkopff. Cena RM 10.

Od roku 1924 odbywają się prawie co roku w Nauheim kursy dokształcające dla lekarzy z zakresu chorób serca. Referaty, wygłoszone na pięciu ostatnich zjazdach, ogłoszono drukiem. Omawiana książka jest właśnie zbiorem referatów, wygłoszonych na kursie w roku 1934. Prof. Becher omówił anatomję serca, prof. Aschoff uszkodzenia mięśnia sercowego pochodzenia nienaczyniowego, prof. Büchner uszkodzenia mięśnia sercowego na tle zmian w naczyniach wieńcowych, prof. Koch ogólne zasady elektrokardjografji, prof. Weber obraz elektrokardjogramu w schorzeniach mięśnia sercowego, prof. Frik wyniki prześwietlenia rentg., doc. Stumpf obraz kymogramu w schorzeniach serca, prof. Krehl klinikę schorzeń mięśnia sercowego, prof. Nonnenbruch obrzęki sercowo chorych i ich leczenie, prof. Hochrein ukrwienie serca a jego odczuwanie, prof. Lange leczenie wyrównanych schorzeń serca, prof. Hildebrandt działanie farmakologiczne leków stosowanych w schorzeniach mięśnia sercowego, prof. Lueg wskazania i przeciwwskazania do kąpieli tlenkowęglowych, doc. Fischer wpływ kąpieli tlenkowęglowych na naczynia krwionośne, prof. Cobet schorzenia mięśnia sercowego i ubezpieczenia społeczne.

Jak widać z powyższego, treść bogata. Dla czytającego bieżące piśmiennictwo nie przynosi nowości, jednak zbiera rzeczy rozproszone po różnych czasopismach i razem zestawia w pewną całość, dlatego rzecz godna polecenia. Wydanie staranne, ilustrowane 63 rycinami.

H. Długosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Mleczna choroba (Milk Sickness). ALEKSANDRE POLCH. The Rockefeller Foundation Intern. Health Division Ann. Report for 1934 r. 101.

Choroba mleczna jest ostrem zatruciem, wywołanem przez użycie mleka zwierząt dotkniętych chorobą zwaną „drżączką" *(trembless),* którą nabywa zwierzę przez spożycie ziela *white snake*

root (Eupatorium ageratoides). Choroba występuje w każdym wypadku. W północnej Karolinie chorobę stąd wynikłą napotykano co roku od roku 1925, z dwunastoma wypadkami śmierci w ciągu 7 lat. W ogłoszonym opisie tej choroby podają, że życie może być utrzymane przez wczesne rozpoznanie i leczenie.

(*Snake root* czyli korzeń żmii nazywa się liczne zioła. Autor nazwy botanicznej nie podaje). *W. Moraczewski* (Lwów).

Biologja.

Kwas askorbinowy a czynność kory nadnercza. R. TISLOWITZ. Klin. Woch. 46. 1935.

Praca, pochodząca z Warszawskiego Zakładu Patologji a oparta na bardzo bogatym materjale doświadczalnym i uwzględniająca całą literaturę wskazuje, że kwas askorbinowy (witamina C), jest skutecznym środkiem pobudzającym krążenie podobnie jak wyciągi kory nadnercza. Autor zaleca 5-dniowe podawanie witamin rozpuszczalnych w wodzie, przy osłabieniu krążenia pochodzenia toksycznego lub zakaźnego. *Obstünder* (Bielsko).

Proces utleniania w tkankach przy braku witaminy B oraz w stanie charłactwa. HAKAN RYDIN. Upsala Läkareforenings Förhandlingar. H. 1. Och. 2. 1. X. 1935.

Poglądy na temat procesu utleniania w tkankach w stanie awitaminozy B są bardzo różne. Przyczyną tego jest szczupłość badanego materjału, różnorodność metodyki oraz zbyt daleko posunięte wnioski autorów. I tak jedni badacze przyjmują, że w awitaminozie B proces utleniania w tkankach ulega zmniejszeniu, drudzy nie potwierdzają tego; inni twierdzą, że obniżenie procesu utleniania jest specyficzne dla tej awitaminozy, jeszcze inni, że wywołane jest przez charłactwo, towarzyszące stale awitaminozie B. Autor oznaczył natężenie utleniania w mięśniach gołębi, znajdujących się w stanie awitaminozy B i charłactwa; dla porównania poczynił takież oznaczenia w mózgu, nerkach, wątrobie i krwinkach. Do tych oznaczeń używał mikrorespirometru Warburga i Barcrofta oraz metody Thunberga (przy pomocy błękitu metylenowego). Stan awitaminozy B uzyskiwał przez podawanie gołębiom polerowanego ryżu *ad libitum*. Oto wyniki autora: Proces utleniania w tkance mięsnej w stanie awitaminozy B oraz w stanie charłactwa (wywołanego np. przez głodzenie) jest mniejszy niż w mięśniach prawidłowych. Dodatek skrystalizowanej witaminy B w doświadczeniu *in vitro* nie mógł wzmóc utleniania. Dla prawidłowego utleniania mięśni potrzebną jest tak dostateczne odżywianie jak i obecność witaminy B. Witamina ta nie działa wprost na mięśnie, tylko jakąś drogą pośrednią. Tkanka mózgowa gołębi w stanie awitaminozy B wykazuje również słabsze natężenie utleniania; skrystalizowana witamina B wzmogła to utlenienie w doświadczeniu *in vitro;* autor uważa, że witamina B wywiera specyficzny wpływ na utlenianie tkanki mózgowej. Tkanka nerkowa gołębi z awitaminozą B wykazuje również obniżenie procesu utleniania, jednak dodatek witaminy B w doświadczeniu *in vitro* nie poprawia tego; stąd wniosek, że prawdopodobnie obniżenie procesu utleniania w nerkach jest zależne od charłactwa, towarzyszącego awitaminozie B. Co się tyczy wątroby, to natężenie utleniania w stanie prawidłowym, głodzenia czy też awitaminozy B nie wykazuje większych różnic. Wkońcu autor zaznacza, że wyniki uzyskane respirometrem nie są identyczne z wynikami osiągniętemi przy pomocy oznaczania błękitem metylenowym — są więc w dużym stopniu zależne od metodyki. Zużycie tlenu przez krwinki, pobrane drogą punkcji serca jest mniejsze w stanie awitaminozy B oraz w stanie charłactwa, niż u zwierząt prawidłowych; to zmniejszone utlenianie nie jest jednak specyficzne dla awit. B. Autor uważał tylko te doświadczenia za miarodajne, w których wyniki uzyskane mikrorespirometrem oraz błękitem metylenowym nie różniły się. *Szajna* (Kołomyja).

Kilka spostrzeżeń nad wpływem ciśnienia atmosferycznego na objętość ciała ludzkiego. ANDERS KRISTESON. Upsala Läkareforenings Förhandlingar. H. 1. Och 2. 1. X. 1935.

Autor oznaczał objętość podudzia pewnej ilości osób w wieku 20—25 lat. Osoby doświadczalne przebywały stale w tych samych warunkach życia, a pomiary wykonywane były w tem samem położeniu poziomem dokładnie kontrolowanem. Często dokonywane pomiary wykazały zależność objętości podudzia od ciśnienia atmosferycznego. Te nieliczne, przedwstępne badania nasuwają autorowi myśl, czy rozmaite, t. zw. reumatyczne bóle, stojące w związku z pogodą nie są właśnie wyrazem zmiany objętości tkanek pod wpływem zmienionego ciśnienia atmosferycznego. Autor planuje dalsze doświadczenia w komorze, w której można będzie dowolnie regulować ciśnienie. *Szajna* (Kołomyja).

Swoistość chemicznych odczynów tkankowych i rozwój nauki o hormonach. BRUNO KISCH. Klin. Woch. R. 15. Nr. 4. Str. 113.

Autor zapomocą mierzenia zużytego tlenu sposobem O. Warburga obliczał wpływ rozmaitych ciał na tkanki nerwowe (siatkówka), mięśniowe, nerkowe i wątrobiane.

Przy dodawaniu m/100 rozczynu glukozy, fruktozy i ramnozy wpływ na nerwy był dodatni dla dwóch pierwszych cukrów, a obojętny dla pentozy.

Na czynność mięśni, na wątrobę i na nerkę cukry wpływu nie wywierały. Roztwór m/50 mleczanu i kwasu pyrogronowego działał wybitnie na nerwy i na mięśnie, mniej wybitnie na nerkę i wątrobę, przyczem działanie mleczanu dotyczyło zarówno całej nerki, jak i pętli Henlego. Amidowe kwasy: alanina i seryna były prawie bez wpływu na mięśnie i wątrobę, okazywały wpływ nieznaczny dodatni na czynność nerek.

Sól kuchenna obniżała czynności nerwowe, a szczególniej czynności nerki. Autor uważa, że ta swoistość tłómaczy potrochu swoiste zachowanie się gruczołów o wewnętrznem wydzieleniu i szczególny wpływ trujący na niektóre tkanki. NaCN na nerwy, lub wapnia na mięśnie. *W. Moraczewski* (Lwów).

Patologja.

Androstina jako środek zapobiegawczy przedwczesnemu starzeniu. E. NISHIMURA. Ciba Jiho. Nr. 67. 1935.

Autor, dyrektor szpitala, wstrzykiwał sobie sam androstinę z dobrym wynikiem.

Pewien 58-letni handlowiec otrzymał 57 zastrzyków Enarmonu (japoński preparat jądrowy) spowodu znacznego wyczerpania, jednak bez efektu. Wówczas zastosowano mu androstinę i już po 6 ampułkach wystąpiła znaczna poprawa, a po 28 chory czuł się znowu dobrze zarówno duchowo, jak i fizycznie, a nawet ustąpiło osłabienie wzroku, osiągając stan normalny.

W. Kurowski (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zastosowanie Androstiny w zaburzeniach funkcji męskich narządów płciowych i przy acne u młodych kobiet. NAOMI OKABE. Iji Koron. Nr. 1190. 1935.

Prof. Dr. Naomi Okabe, z Kliniki Dermatologicznej w Tokio, dyrektor kliniki, stosował Androstinę z dobrym skutkiem w 6 przypadkach zaburzeń funkcji męskich narządów płciowych i w jednym przypadku *acne*. W przypadku *acne* skutek był uderzający. Wystąpił lekki ból w miejscu ukłucia. Inne uboczne objawy nie wystąpiły. W 4 przypadkach główne objawy ustąpiły i jednocześnie dał się zauważyć wzrost wagi ciała.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XX posiedzenia naukowego odbytego dnia 21 czerwca 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Danielewicz (gość) *przedstawia i omawia dwa przypadki ropnia mózgu i jeden przypadek ropnia móżdżka pochodzenia labiryntowego.*

Przypadek I. Dnia 19. III. 1935 zgłosił się chory lat 21, spowodu przewlekłego ropienia ucha środkowego lewego ze zropiałym perlakiem, z dużym ropniem podokostnowym, obejmującym całe sklepienie czaszki i przechodzącym na łuskę kości skroniowej prawej. Poza zmianami w wyrostku sutkowym (zropiały cholesteatom z rozległą próchnicą wyrostka i przetoką) stwierdzono drugie ognisko karjetyczne ku górze i ku tyłowi od *planum* w miejscu połączenia łuski z kością ciemieniową. Przetoka w oponie twardej, przez którą wchodzi sonda do jamy ropnia na głębokość $3^1/_2$ cm. Drenowany przez przeciąg 5 tygodni (dren gumowy). Wyleczenie.

Przypadek II. 11. II. 1935 został przywieziony do szpitala, chory nieprzytomny, z objawami rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych, z obustronnem przewlekłem ropieniem ucha środkowego, z objawami piramidowemi po stronie prawej. Płyn mózgowo-rdzeniowy ropny. Przy operacji, w wyrostku znaleziono zropiały cholesteatom, dochodzący do zgrubiałej i zaczerwienionej opony twardej. W płacie skroniowym znaleziono duży, cuchnący ropień. *Drénage* ropnia przez przeciąg 6 tygodni. Wyleczenie.

Przypadek III. Przywieziony dnia 15. V. 1935 chory, lat 15, nieprzytomny, z objawami móżdżkowemi po stronie prawej, przewlekłem obustronnem ropieniem ucha środkowego i objawami oponowemi. Przy operacji znaleziono w uchu prawem zropiały perlak, niszczący zewnętrzną ścianę kanału półkolistego poziomego (duża przetoka). Wykonano operację radykalną z usunięciem błędnika sposobem Neumanna. W prawej półkuli móżdżkowej znaleziono duży ropień cuchnący na głębokości $1^1/_2$ cm. *Drenage* przez 3 tygodnie (dren gumowy). Obecnie bez żadnych objawów neurologicznych.

W dyskusji: Kol. Ostrowski T. ma wątpliwości, czy był to ropień mózgu, czy nie było to ropienie podczepcowe; wydaje się, że było to ropienie nadoponowe, gdyż wielka ilość ropy przemawia za lokalizacją nadoponową.

2. Kol. Lenczowski *omawia* a) *przypadek ciąży strzępkowej oraz demonstruje preparat operacyjny z tegoż przypadku.* Klinicznie sprawa niczem się nie różniła od zwyczajnej przerwanej ciąży strzępkowej, połączonej z silnym nagłym krwotokiem do jamy brzusznej. Właściwe rozpoznanie ustalono dopiero po operacji, kiedy dokładne oglądanie wyciętej trąbki ustaliło usadowienie się jaja płodowego na jednym ze strzępków jajowodu. Trąbka makroskopowo niezmieniona. Badanie drobnowidowe potwierdziło rozpoznanie. Ciąża strzępkowa zdarza się bardzo rzadko. W Klinice Lwowskiej widzieliśmy takie usadowienie się jaja płodowego po raz drugi. (Rzecz ukaże się w druku).

b) *przypadek pierwotnego raka obu trąbek oraz pokazuje preparat operacyjny tejże chorej.* Przypadek dotyczy osoby w starszym wieku, mężatki. W ciąży nigdy nie była. Choroba zaczęła się nieregularnemi krwawieniami i obfitemi upławami żółtawemi. W ostatnich czasach dołączyły się do tego bóle dolnych części brzucha. Badaniem stwierdziliśmy macicę powiększoną, ruchomą, o nieregularnych zarysach. Obok macicy wyczuć można było 2 guzy po jednym z każdej strony. Guz prawy wielkości pięści, lewy mandarynki. Guzy miernie ruchome, miękkie, nierówne, owalne. Brak chery nowotworowej. Istotę choroby trudno było przed operacją określić. W każdym razie przyjęliśmy guzy przydatków, nie wyłączając oczywiście charakteru złośliwego. Operacja wykazała kiełbasowato zagięte trąbki o zamkniętych ujściach brzusznych. Wygląd trąbek już podczas operacji dał nam powód do przypuszczenia charakteru złośliwego zmienionych trąbek, wobec czego wykonaliśmy całkowite wycięcie macicy wraz z przydatkami. Chora zniosła zabieg dobrze. Po operacji zastosowaliśmy serję naświetlań rentgenowskich. Preparat operacyjny wykazał pierwotnego raka obu trąbek z przejściem sprawy na oba jajniki. Drobnowid potwierdził rozpoznanie. Jest to drugi przypadek obserwowany w Klinice (Rzecz ukaże się w druku).

3. Kol. Węgrzynowski *przedstawia przyrząd lekarski z początku ubiegłego stulecia („Baumscheida") cały z hebanu i kości słoniowej i proponuje zakupienie tegoż dla Muzeum Lekarskiego.*

W dyskusji: Kol. Pisek: przyrząd, który przed chwilą nam demonstrowano, nazwał jego twórca Baumscheide *„Lebenswecker"* t. j. budzicielem (zamarłego) życia i szeroko reklamowany, bywał w użyciu w połowie przeszłego stulecia i jeszcze długo później.

4. Kol. Liebhart i Meisels *wygłaszają wykład p. t.: „Interesujące przypadki utero-salpingografji".*

Prelegenci przedstawiają kilkadziesiąt rzadszych zdjęć, uzyskanych drogą uterosalpingografji. Materjał cały dzielą na kilka grup. Do najrzadszych należą przypadki zupełnego zarośnięcia *(atresia)* jamy macicy na najrozmaitszem tle. W przypadkach tych płyn kontrastowy nie dostaje się do jamy macicy i stwierdza się go tylko w szyi macicy. Ponieważ nieprzejście płynu kontrastowego przez ujście wewnętrzne nie musi świadczyć o niedrożności, lecz może być wynikiem niemożności sforsowania ujścia kanjulą Brauna, wykonano szereg zdjęć z dokładnem uszczelnieniem bez przechodzenia do jamy macicy. Wszystkie one dawały dokładne wypełnienie tak jamy macicy, jak i trąbek. Następnie demonstrują bardzo charakterystyczny objaw, polegający na linijnem wyciągnięciu jednej trąbki, a świadczący o obecności guza jajnikowego po tej stronie. Na podstawie tego objawu udało się wielokrotnie w Klinice Lwowskiej ustalić rozpoznanie guza macicy czy guza jajnika jeszcze przed operacją. Przechodząc następnie do zdjęć z grupy mięśniaków podśluzowych i śródściennych demonstrują 2 godne uwagi obrazy zwapniałych włókniaków podsurowiczych, przedstawiających okrągłe plamkowate cienie dochodzące do wielkości jabłka. Po omówieniu kwestji rozpoznawania przyczyn krwawień macicznych drogą salpingografji, przechodzą do zdjęć wczesnej ciąży. Macica atoniczna a więc raczej kulista, nierówne, przerywane, jakby rozbite wypełnienie jamy macicy, wreszcie wyraźny ubytek cieniowy, odpowiadający jaju płodowemu, oto powtarzające się i stałe cechy objawów ciąży. Zdjęcia te wykonywane ostrożnie nie przedstawiają żadnych niebezpieczeństw dla utrzymania ciąży. Dla wczesnej ciąży zewnątrzmacicznej nie znamy jeszcze zupełnie pewnego obrazu rentgenowskiego, ciąża zaś zewnątrzmaciczna zaawansowana daje obraz bardzo charakterystyczny, polegający na wypełnieniu płynem kontrastowym małej jamy macicy i na równoczesnej obecności szkieletu płodu poza macicą. Na zakończenie prelegenci pokazują interesujące zdjęcia z zakresu najgłówniejszego rozdziału uterosalpingografji t. j. drożności trąbek. (Rzecz ukaże się w całości w druku).

W dyskusji: Kol. Lenczowski podnosi ważność próbnej skrobanki przed uterografją w przypadkach krwawień u starszych kobiet, gdyż uterografja jest zabiegiem bezwarunkowo przeciwwskazanym w razie istnienia nowotworu złośliwego jamy macicy ze względu na niebezpieczeństwo wtłoczenia cząstek nowotworu do trąbek. Wogóle tam, gdzie wchodzi w rachubę próbna skrobanka należy wpierw wykonać ten zabieg a dopiero później uterografję, już choćby z tego względu, że badanie wyskrobin po uterografji technicznie daje duże trudności. Obrazy bowiem drobnowidowe ze względu na obecność domieszki płynu kontrastowego zawierającego tłuszcz są mętne i nie tak przejrzyste.

Kol. Grabowski podkreśla znaczenie histerosalpingografji dla rozpoznania oraz zwraca uwagę na konieczność interpretacji zdjęć łącznie z całością badań klinicznych. Jednakowe obrazy radjologiczne mogą być wytworzone przez sprawy anatomicznie i klinicznie różne.

Sekretarz: *Julian Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 kwietnia 1935 roku.

1. Kol. Tarnawski Wit (z Kosowa) *wygłosił odczyt p. t.: „O środkach leczniczych stosowanych w Zakładzie Dr. Tarnawskiego w Kosowie"* (streszczenie własne).

Zakład istnieje od lat 40. W doborze jego środków leczniczych kierowano się zawsze ich prostotą i naturalnością tak, że metodę zakładu możnaby określić jako życie wedle zasad przyrody. Dąży ona przez postawienie ustroju w naturalne warunki, do których przywykł od wieków, do obudzenia zatraconej odporności i zdolności samoleczniczych.

Środki lecznicze zakładu można podzielić na kilka grup:

I. Leczenie powietrzem. Chory przebywa jaknajwięcej na dworze i sypia przy otwartych oknach. Specjalna gimnastyka oddechowa ma na celu poprawienie błędów chorego w oddychaniu.

II. Leczenie dietetyczne polega przedewszystkiem na obowiązującej ogólnie diecie jarskiej.

Pozatem stosuje się — szczególnie w chorobach przemiany materji — dietę surową jarzynowo-owocową. Dla chorych z cierpieniami przewodu pokarmowego zaleca się diety wskazane w tych chorobach. Najsilniejszym środkiem dietetycznym jest głodówka, stosowana jednak tylko u niektórych chorych przeciętnie przez 5—7 dni. Wyniki głodzenia bywają bardzo dodatnie w dnie, nerwobólach, cierpieniach skórnych artretycznego pochodzenia, przewlekłych nieżytach żołądka i jelit, w stanach depresyjnych, wyczerpaniu nerwowem (głód działa na system nerwowy pobudzająco) i w dychawicy oskrzelowej. Przeciwwskazane jest głodowanie przedewszystkiem u dzieci do zupełnej dojrzałości, u chorych wyniszczonych, sercowych i bardzo otyłych.

III. Trzecią grupę środków naturalnych stosowanych w lecznicy kosowskiej stanowią zabiegi ruchowe, a mianowicie: poranna gimnastyka, pół godziny pracy fizycznej na dzień i piesze wycieczki. Jakość oraz ilość zabiegów ruchowych określa lekarz zależnie od sił i wieku chorego.

IV. Czwarta grupa, to zabiegi stosowane na powierzchnię ciała. Należą do nich: a) zabiegi hydropatyczne wzorowane na systemie Kneippa, jednak znacznie złagodzone, zwłaszcza dla typów wrażliwszych, b) kąpiele powietrzne i słoneczne, z których pierwsze stosuje się u wszystkich chorych, natomiast w stosowaniu kąpieli słonecznych są liczne ograniczenia, c) chodzenie boso i po rosie, mające na celu zahartowanie nóg, tak ważne dla zahartowania ogólnego, które jest jednem z głównych zadań kuracji kosowskiej.

V. Poza leczeniem czysto fizycznem poświęca się w zakładzie kosowskim wiele starania czynnikom działającym na system nerwowy i psychikę chorego.

a) Wyklucza się używki zatruwające system nerwowy: alkohol, kawę, mocną herbatę, a palenie papierosów ogranicza się w miarę możności.

b) Odpoczynkowi nerwowemu służą godziny snu w zakładzie (już od 9 wieczorem).

c) Swoiste połączenie rygoru w kilku sprawach zasadniczych z zupełną pozatem swobodą, nastrój pogody i wesołości, zżycie się wzajemne chorych z zakładem, do czego się dąży przez organizację całego dnia, wycieczki, rozrywki i przez stały kontakt lekarzy z chorymi, są to charakterystyczne cechy atmosfery zakładowej, wpływającej dodatnio na psychikę chorego.

d) W zakładzie odbywają się częste pogadanki dla chorych (2—3 razy w tygodniu), objaśniające zasady metody zakładowej oraz ogólną higjenę życia.

Najbardziej bowiem charakterystyczną cechą metody zakładowej jest to, że jest ona nastawiona wychowawczo, że chce zachęcić chorych do kontynuowania higjenicznego życia w domu. Pod tym kątem widzenia są dobrane środki lecznicze zakładu. Stąd ich prostota, łatwa do naśladowania w domu. Stąd ograniczenie środków leczniczych, o ile to jest możliwe bez szkody chorego, do środków ściśle naturalnych, ażeby chory nabrał przekonania co do ich skuteczności i celowości.

Wskazania do leczenia w zakładzie kosowskim są następujące: choroby przemiany materji, jak dna, otyłość, lżejsze postacie cukrzycy, cierpienia skórne artretycznego pochodzenia, wszystkie odmiany neurastenji, nerwice, migreny, bezsenność, wyczerpanie nerwowe i umysłowe, wszystkie choroby przewodu pokarmowego, lżejsze choroby nerek, nadciśnienie tętnicze lżejszego stopnia, niezakaźne cierpienia płucne: nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa. Pozatem nadają się do zakładu wątłe dzieci, ozdrowieńcy, ludzie wydelikaceni i niezahartowani.

Zakład nie przyjmuje ciężko chorych, chorych psychicznie, chorych zakaźnych (gruźlica) i narkomanów.

Sezon w zakładzie trwa od 1 maja do 1 listopada.

Rozprawy: Kol. S o b i e s z c z a ń s k i L., członek T-wa (streszczenie własne). Do odczytów z Zakładu Kosowskiego musimy się odnosić ze specjalną uwagą, gdyż jest to jedna z nielicznych polskich lecznic, która podaje perjodycznie od dłuższego czasu sprawozdania naukowe oraz znajduje się pod jednolitym kierunkiem, od lat zgórą 45, swego założyciela, wybitnego lekarza, który kryterja swe niezmordowanie w czyn tam wprowadza, więc ma i bogate doświadczenie.

Nie chce tu poruszać innych środków lecznictwa, stosowanych w Kosowie, natomiast chcę omówić kwestję leczenia głodowego, o którem mówił prelegent.

Przy tem leczeniu trzebaby określać przemianę spoczynkową i ilość wydalanego azotu u każdego mającego głodować, by wyodrębnić tych, którym głodówka zaszkodzić może. Pomijając skazy przemiany węglowodanowej (cukrzyce różnego stopnia i t. d.) możemy innych osobników podzielić na łatwo spalających tłuszcze lub białka. Otóż ci ostatni nie nadają się do leczenia głodowego, jako tracący zbyt łatwo dużo cennego materjału białkowego. Zależy to prawdopodobnie od działania hormonów, o czem nie mogę się rozwodzić dla braku czasu, i także prawdopodobnie od klimatu np. wilgotny Albjon wymaga spalania białek, więc jego mieszkańcy dużo ich spożywają.

Bogaty materjał ze stosowania głodówki w Kosowie (2000 przypadków), o których mówił Kol. T a r n a w s k i, wymaga opracowania i oczekujemy wyników tych studjów w przyszłym odczycie dzisiejszego prelegenta.

Kol. T a r n a w s k i W. dziękuje za uzupełnienie swego referatu i zapowiada, że w przyszłym roku przedstawi w Warsz. Tow. Lek. szereg przypadków leczonych głodem i da pewne wyjaśnienia teoretyczne.

2. Kol. G o e b e l Fr., członek T-wa i J. B. M i l l e r *wygłosili odczyt p. t.: „Usunięcie śledziony a układ siateczkowo-śródbłonkowy"* (streszczenie własne).

Śledziona mieści w sobie pokaźną część układu siateczkowo-śródbłonkowego. Usunięcie śledziony stosuje się zarówno w celach leczniczych, jak i doświadczalnych dla częściowego wyłączenia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Wobec powyższego wzbudzało zainteresowanie, jak zachowuje się pozostała część układu po usunięciu śledziony. Badania nasze przeprowadzaliśmy na psach, stosując czynnościowe badanie układu siateczkowo-śródbłonkowego zapomocą czerwieni Kongo i przeprowadzając badania histologiczne układu po splenektomji.

Metoda badania czynnościowego stanu układu oparta jest na własności komórek układu wychwytywania barwika wprowadzonego do krwi. Im większą jest sprawność czynnościowa układu, tem barwik szybciej znika z krwi. Psom wprowadzaliśmy 2 mg barwika na kg wagi w 1% fizjologicznym roztworze soli kuchennej. Następnie oznaczaliśmy szybkość znikania barwika z krwi, oznaczając jego zawartość w krwi w 2', 4', 6', 8', 15', 30', 45', 60', 90'. Z doświadczeń wynika, że w ciągu 3—10 dni po splenektomji barwik jest wychwytywany mniej sprawnie niż przed operacją. Świadczy to o upośledzeniu czynnościowem układu siateczkowo-śródbłonkowego. Natomiast w okresach późniejszych 28—56 dni mamy inny obraz. Barwik zostaje nawet szybciej wychwytany niż w normie. To szybsze wychwytywanie spowodowane jest przerostem wyrównawczym pozostałego układu.

Badania histologiczne przeprowadzaliśmy u psów w 6 tyg., 3 i 4½ mies. po splenektomji.

W wątrobie u psa normalnego znajduje się przeciętnie w 20 polach widzenia 6.9 komórek gwiaździstych.

U psów bezśledzionowych znaleźliśmy w 6 tyg. po operacji 10.4, w 3 mies. 19.0, w 4 mies. 21.3.

U psów bezśledzionowych bardzo często komórki Browicz-Kupfera wypełnione są hemosyderyną. Barwik ten spotyka się nieomal w całej wątrobie w dość regularnem rozprószeniu. W 3 i 4 miesiące po splenektomji spotyka się ponadto w świetle naczyń grupki komórek o typie monocytarnym i leukocytarnym.

Gruczoły chłonne nieznacznie przerosłe.

Widzimy z tych obrazów, że czynność układu siateczkowo-śródbłonkowego w wątrobie jest wzmożona. Badania morfologiczne popierają więc również badania czynnościowe układu.

Wnioski: 1) Po usunięciu śledziony czynność układu siateczkowo-śróbłonkowego jest upośledzona w ciągu dni 10, później następuje nietylko wyrównanie, ale i nadkompenzacja. 2) Wyrównanie to odbywa się dzięki przerostowi pozostałego układu, głównie w wątrobie.

Rozprawy: Kol. S z o k a l s k i K., członek T-wa, zaznacza, że w jego pracowni wykazano hemosyderynę w komórkach wątroby i płuc. Mówca spostrzegał przypadek usunięcia śledziony, która została uszkodzona po uderzeniu w brzuch człowieka. Do jamy brzusznej po urazie nastąpił wylew krwawy. Na królikach i świnkach morskich wykazano, że po wycięciu śledziony nie znajdujemy hemolizyn. Jeśli jednak przeczekać czas dłuższy i wstrzykiwać tkanki innego zwierzęcia, hemoliza występuje wyraźnie. Zjawisko powyższe zależy od zdolności wyrównywania się czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Kol. Z a o r s k i J., członek Twa, miał sposobność usunąć śledzionę w celach leczniczych. Przypadek dotyczył 7-letniego dziecka z chorobą Banti'ego. Obraz krwi u dziecka stale się zmieniał: traciło ono stale czerwone ciałka krwi pomimo kilkakrotnych przetaczań krwi. Wskutek powyższego wycięto śledzionę i w dalszym ciągu przetaczano krew. Na zasadzie wyników badań krwi zdawało się, że wynik jest dobry. Jednak ostatnie badanie jej stwierdziło spadek ciałek czerwonych. Powstaje zatem pytanie, czy zabieg usunięcia śledziony wystarcza, by uratować chorego? Mówca zapytuje, jak wyglądał obraz krwi u mężczyzny, któremu usunięto śledzionę.

Kol. G o e b e l Fr., członek T-wa, odpowiada, że początkowo stwierdzano niedokrewność spowodu krwotoku. Po 2 miesiącach obraz krwi wrócił do normy. Liczba ciałek białych również była prawidłowa. Zjawiły się t. zw. ciałka Georgi'ego, charakterystyczne dla obrazów po usunięciu śledziony. Liczba czerwonych ciałek krwi do tej pory pozostaje w granicach prawidłowych.

3. Kol. Z a h o r s k i W. *wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ hormonów na fagocytozę"* (streszczenie własne).

Badania, dotyczące roli układu dokrewnego w zjawiskach odpornościowych wykazały, że poszczególne gruczoły dokrewne pobudzają zarówno odporność humoralną, jak i komórkową. Dane te jednak są niezupełne, zwłaszcza jeśli chodzi o zagadnienia wpływu hormonów na odporność komórkową. W celu uzupełnienia naszych wiadomości o wpływie gruczołów dokrewnych na zdolność żerną białych ciałek krwi przeprowadziłem szereg badań na królikach.

Przedewszystkiem określałem wskaźnik fagocytarny u poszczególnych królików w warunkach normalnych. Do obliczenia wskaźnika używałem leukocytów, które po odwirowaniu krwi żylnej z dodatkiem cytrynianu sodowego i po zmieszaniu z zawiesiną tuszu pozostawiałem przez 45 minut w cieplarce (37.5°). Po wyjęciu z cieplarki i dodaniu 1% kwasu octowego dla zhemolizowania erytrocytów, preparat mazany barwiłem eozyną.

Następnie wstrzykiwałem podskórnie badane wyciągi w ciągu 5 dni codziennie. Wstrzykiwane dawki odpowiadały przeciętnie pięciokrotnym dawkom stosowanym u ludzi, obliczonym na 1 kg wagi. Wskaźnik fagocytarny określano co 2—3 dni, aż do powrotu jego do normy. Postępując w ten sposób przeprowadziłem badania wpływu wyciągu przedniego i tylnego płatu przysadki, szyszynki, przytarczyc, śledziony, folikuliny i luteiny (preparaty firmy „Richter"), insuliny i wyciągu kory nadnerczy („Organon"), adrenaliny („Parke Davis"), tyroksyny („Roche") i dijodtyrozyny („Klawe"). Ponadto dla właściwej oceny wyników wykonałem serję badań kontrolnych, wstrzykując królikom roztwór fizjologiczny soli, glikokol, mleko oraz „Omnadin".

Na podstawie otrzymanych wyników należy stwierdzić, że wszystkie badane hormony wzmagają fagocytozę. Jednakże wpływ

poszczególnych hormonów wykazuje poważne różnice w sile, szybkości i trwałości działania. Najsilniejsze pobudzenie fagocytozy ujawniło się po zastosowaniu wyciągu kory nadnerczy (przeciętnie o 100%), najmniejsze po adrenalinie (39.8%), inne hormony zajmują miejsca pośrednie. Z ciał pochodzenia niehormonalnego, działających bez porównania słabiej, „Omnadin" wykazuje stosunkowo najsilniejszy wpływ; drugie miejsce zajmuje mleko, potem glikokol. Roztwór fizjologiczny soli nie wykazuje żadnego wpływu na fagocytozę.

Różnice w szybkości działania poszczególnych hormonów są znacznie mniejsze. Większość z nich wykazuje największe nasilenie fagocytozy w 24 godz. po ostatniem wstrzyknięciu. Nieco dłuższy okres narastania fagocytozy wykazują przytarczyce, szyszynka i śledziona; najwybitniej jednak zaznacza się to po tyroksynie, gdzie wzrost żerności trwa jeszcze przez 4 dni po zaprzestaniu wstrzykiwań. Jeżeli chodzi o trwałość działania, to wyraźnie dłuższe pobudzenie fagocytozy powoduje tyroksyna oraz wyciąg śledziony, insulina, folikulina i luteina.

Uwzględniając omówione własności, można ustalić następującą kolejność hormonów pod względem ogólnego napięcia działania: kora nadnerczy, insulina, dijodtyrozyna, przedni płat przysadki, tyroksyna, śledziona, folikulina, luteina, szyszynka, tylny płat przysadki, przytarczyce i adrenalina.

Każdy z hormonów posiada odrębne cechy działania; jedynie folikulina i luteina wywierają wpływ prawie identyczny, co możnaby uważać za przystosowanie do wzajemnego zastępowania się w różnych okresach cyklu miesiączkowego.

W uzyskanych wynikach, przeważnie zaznacza się zależność stopnia działania od wielkości dawki. Wyjątek stanowią tyroksyna oraz słabo działające: wyciąg szyszynki, tylnego płatu przysadki i adrenalina. Znacznie silniejsze działanie hormonów w porównaniu z wpływem ciał białkowych użytych do badań kontrolnych przemawia za swoistością hormonalnego wpływu układu dokrewnego na fagocytozę.

Wobec ścisłej korelacji między gruczołami dokrewnemi, można przypuszczać, że wprowadzony hormon, poza działaniem bezpośredniem, oddziaływuje zapewne i pośrednio.

Pozatem moje wyniki zdają się przemawiać za słusznością przypuszczenia Metalnikowa, iż hormony odgrywają w procesach odpornościowych rolę pośrednika pomiędzy układem nerwowym a leukocytami. Wreszcie nasuwa się możliwość zastosowania opoterapji w przebiegu schorzeń zakaźnych, przyczem najlepszych wyników należałoby się spodziewać po stosowaniu insuliny lub wyciągu kory nadnerczy.

Rozprawy: Kol. Szokalski, członek T-wa, w jednym ze swych referatów poruszał kwestję wpływu śledziony na odporność. Doświadczenia mówcy polegały na wstrzykiwaniu szczepionki zwierzętom pozbawionym śledziony. Okazało się, iż miano aglutynin pozostało niezmienne.

Kol. Goebel Fr., członek T-wa, podkreśla, że w pracy prelegenta mamy interesującą sprawę: długotrwałość działania tyroksyny. W biologji jest to fakt nie pojedyńczy. Przemiana białkowa ulega wzmożeniu i stan ten trwa jeszcze 3 tyg. po zaprzestaniu wstrzykiwania. Wyciągi zwierząt, które otrzymują tyroksynę, posiadają własności podnoszenia cukru we krwi znacznie szybciej niż wyciągi normalne. Jest to fakt podobny do działania tyroksyny, która pobudza fagocytozę nawet po zaprzestaniu podawania tyroksyny.

Kol. Zahorski W. Jeśli chodzi o wpływ śledziony na odporność, to przeprowadzono szereg badań, które stwierdziły, że u zwierząt po usunięciu śledziony fagocytoza opadała, a po pewnym czasie wracała do normy. Niektórzy z autorów wykazali, że w ciągu 2—3 miesięcy po usunięciu śledziony miano aglutynin wracało do normy. Inni znów zauważyli, że po usunięciu śledziony lub zablokowaniu układu siateczkowo-śródbłonkowego miano aglutynacji spadało, a podawanie śledziony wzmagało aglutynację. Co do spraw poruszonych przez kol. Goebla, działanie tyroksyny odpowiada działaniu ciał odpornościowych.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9 kwietnia 1935 roku.

1. Kol. Prezes zawiadamia zebranych o śmierci członków T-wa: ś. p. Meyera i ś. p. Osmólskiego.

Obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

2. Kol. Lauber J., członek T-wa *wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ towarzystw lekarskich na poziom wykształcenia lekarskiego w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej".*

Rozprawy: Kol. Kryński, członek T-wa, 20 lat temu spędził kilka miesięcy w Ameryce i śledził sposoby nauczania medycyny. Amerykańskie metody nauczania nie zrobiły na mówcy wrażenia dodatniego. Góruje w nich dążenie do specjalizacji, by jaknajszybciej zdobyć własny warsztat pracy i zarobić pieniądze. Pod tym względem zaznaczył się już dziś znaczny postęp, jak mówił prelegent.

W New Yorku, Rochester, Washingtonie, Chicago powstały olbrzymie kliniki prywatne np. braci Mayo, w której znajdowało się wówczas 800 sal, a w każdej robiono 8—10 operacyj dziennie. Koledzy, którzy praktykowali już parę lat w kraju, mogą pojechać, aby zobaczyć, co się robi w Ameryce, lecz po naukę jechać tam nie powinni. Podstawą medycyny jest to, aby każdy po ukończeniu był lekarzem, a później niech sobie wybiera specjalność, która ogranicza się do pewnej techniki np. w okulistyce czy w chirurgji. Zdaje się, że z tego, cośmy słyszeli, można wnioskować, iż dużo się pod tym względem w Ameryce poprawiło, jednak nasze podstawy naukowości europejskiej są dla mówcy bardziej przekonywujące.

Kol. Lauber J., członek T-wa, oznajmia, że dziś zakład braci Mayo stoi pod względem naukowym bardzo wysoko, gdyż wybrano najlepszych lekarzy specjalistów, którzy tam stale pracują. W Ameryce jest pewna szematyzacja w badaniu chorych. Każdy chory zostaje zbadany od stóp do głowy przez specjalistów. Bada się wszystko, co tylko można zbadać. Zbiera się przez to ogromny materjał naukowy. Przy zakładach urządzone jest biuro, w którem prowadzi się statystykę. Wszystkie historje choroby są analizowane pod różnemi względami. Gdy który z lekarzy zainteresuje się pewnem zagadnieniem, ma do rozporządzenia nietylko wzorowe statystyki i historje chorób, lecz także materjał dla celów doświadczalnych w odpowiednich pracowniach tak, że prócz zagadnień praktycznych może rozwiązywać zagadnienia czysto teoretyczne.

Do klinik prywatnych przyjeżdżają przeważnie ludzie zamożni, więc lekarze tam pracujący zarabiają nieźle.

Nauczanie studentów jest zupełnie inne, gdyż więcej jest nauczających niż studentów. U nas istnieje swoboda uczenia się. Na wykłady można przychodzić lub nie. W Ameryce tego niema. Jeśli student nie przychodzi do kliniki, zostaje wezwany do dziekana.

3. Kol. Fidler A., członek T-wa, *wygłosił odczyt p. t.: „Dychawica sercowa w przebiegu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej".*

Rozprawy: Kol. Luxenburg omawia przypadek, spostrzegany w Oddziale Dr. Starkiewicza. Przypadek dotyczy osoby lat 46, która miała napady duszności z dużemi bólami w klatce piersiowej. Kilkakrotnie chora była leczona wstrzykiwaniami astmolizyny. W zakresie płuc klinicznie stwierdzono niewielki stopień rozedmy. Rentgenoskopowo natomiast stwierdzono bardzo znaczną rozedmę, która rzadko bywa u chorych na dychawicę oraz zwiększenie wymiarów serca. W sercu klinicznie rozpoznano wadę zastawki dwudzielnej. Napady, które chora miewała, przypominały z wyglądu napady dychawicy oskrzelowej. Ciśnienie krwi ze 115/75 mm Hg podnosiło się w czasie napadu do 150/90 mm Hg. Badania elektrokardjograficzne dopiero za trzecim razem wykazały trzepotanie przedsionków. W celach leczniczych podawano ouabainę dożylnie, a następnie doustnie. Stan chorej poprawił się. Pod wpływem luminalu z anestezyną napady słabły. Później jednak nastąpiło pogorszenie. Pewnego razu po nowurycie wystąpiła u chorej zapaść, trwająca kilka godzin.

Kol. Filiński Wł., członek T-wa, jakkolwiek podzieła wywody prelegenta co do powstawania dychawicy, to jednak podkreśla, że trzeba wziąć również pod uwagę czynniki odruchowe. Nawet gdyby przyjąć za rzecz stwierdzoną, że przyczyną dychawicy jest rozszerzenie naczyń włoskowatych w płucach, to na tej, czy innej drodze występujące podrażnienie nerwowe powoduje, iż chory nie jest w stanie pogłębić oddechu, a więc przyśpiesza go. W czasie napadu stwierdza się u chorych wysoki stopień nierównowagi. Preparaty, które działają kojąco, jak luminal, dają mniejwięcej dobre wyniki, co podkreślali również prelegent i przedmówca. Ukojenie centralnego układu nerwowego wpływa na uspokojenie oddechu.

Kol. Galinowski, członek T-wa, omawia przypadek z własnej obserwacji. Dotyczył on 27-letniej panny, Żydówki, która cierpiała spowodu napadów duszności. Choroba rozpoczęła się grypą, powikłaną następnie chorobą serca. Podczas powtórnej grypy skierowano chorą do kliniki. Stwierdzono wtedy zwężenie ujścia lewego żylnego. Tętno 90 na min. zwiększało się w czasie ataku do 150. W pierwszym tygodniu, trzy napady duszności z sinicą, kurczami i odpluwaniem pienistej plwociny. W ciągu dwóch tygodni chora zażyła około 2 g liści naparstnicy; ciepłota ciała 37,6—38°. Szukając czynnej sprawy we wsierdziu, zwrócono uwagę na migdałki i zęby. Wycięto migdałki, a następnie usunięto dwa zęby. Podobieństwo omówionego przypadku

z przypadkiem prelegenta polega na tem, że dotyczy on osoby młodej, niezamężnej i że naparstnica łagodziła nasilenie napadów, a okresy międzynapadowe przedłużała. Podawanie miłka wiosennego lub bromu nie wpływa tak dobrze, jak naparstnica. W omówionym przypadku przyczyną dychawicy był czynnik toksyczny.

Kol. Wagner, członek T-wa, omawia patogenezę dychawicy i podkreśla moment napadowej hipertensji. Czynnik ten przejawia się u ludzi, którzy cierpią na miażdżycę tętnic i u kobiet w okresie przekwitania a więc związany jest z pewnemi zaburzeniami czynności dokrewnej jajników. Zmiany we krwi, o których mówił Kol. Fidler, mogą to potwierdzić. Ostre napady odpowiadały często miesiączkowaniu czyli powstawały na tle zaburzeń płciowych, a być może i tylnego płatu przysadki mózgowej.

Kol. Fidler A., członek T-wa, ma wrażenie, że to, o co mu chodziło podczas omawiania własnych przypadków, to jest o uwypuklenie znaczenia i innych czynników, leżących poza sercem, w napadach dychawicy, spotkało się ze zrozumieniem. Prof. Wagner zaznaczył, że jest możliwe, iż pierwszym etapem jest nadciśnienie, a objawy spostrzegane w czasie napadów są tylko następstwem. W piśmiennictwie opisane są przypadki, przebiegające z nadciśnieniem, jak i bez niego. Czynnik nadciśnienia dotyczyłby więc tylko niektórych przypadków. Bardzo możliwe, że dychawica ma punkt zaczepienia w ośrodkowym układzie nerwowym. Naparstnica pomaga w dychawicy, gdyż usuwa napady i zmniejsza ich siłę. Powikłania po nowurycie są dla prelegenta niewytłumaczone, gdyż jest on lekiem przerywającym napad po upływie pół godziny od chwili wprowadzenia go do żyły.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

LISTY DO REDAKCJI.

W sprawie rewizji wskazań leczniczych dla naszych zdrojowisk i uzdrowisk.

W opinji publicznej zakorzenił się mylny pogląd, niestety rozpowszechniany nawet przez niektórych lekarzy, że Zakopane jest dla suchotników, Rabka dla dzieci, Krynica dla kobiet, Morszyn dla otyłych, Truskawiec dla starych i t. d. Tego rodzaju monopol handlowo-terapeutyczny, uzurpowany przez poszczególne miejscowości dla leczenia pewnych chorób, wieku i płci, podkopuje zaufanie publiczności do naszych uzdrowisk i zdrojowisk. Kuracjusze doznają zawodu w razie nieosiągnięcia spodziewanych wyników, gdy widzą, że panie X z chorobą np. krynicką poprawiły się w Ciechocinku, lub panom Y posłużyło Zakopane, mimo że je sprofanowali swoją morszyńską chorobą i naodwrót.

Z powyższego wynika, że w interesie tak pacjentów, jak i lekarzy leży znaczne rozszerzenie wskazań leczniczych w przeważnej części naszych zdrojowisk i uzdrowisk.

Dr. Aleksander Polek (Żydaczów).

NEKROLOGJA.

† Prof. Dr. Rudolf Maresch.

Jutrzenkę nowoczesnej anatomji patologicznej zwiastowały na horyzoncie naukowym dwie świetne gwiazdy: znakomity Rokitansky i genjalny Virchow. A chociaż ze stworzonych przez nich szkół zwyciężyła i długo dominowała szkoła berlińska i chociaż dziś anatomja patologiczna odsuwana bywa na plan drugi wobec innych działów patologji, niemniej utrzymał Wiedeń wielką tradycję katedry Rokitansky'ego, dbając o dobór jego następców.

Objąwszy katedrę anatomji patologicznej po wybitnym uczonym, Weichselbaumie, okazał się Rudolf Maresch godnym swego poprzednika. Rozległa wiedza, oparta na niezwykłej pamięci, talent spostrzegawczy, nieprzeciętna zdolność do syntezy, długoletnie poprzednie doświadczenie, dar słowa, sprawiły, że w wiedeńskim Wydziale Lekarskim był jednym z najwybitniejszych profesorów, odznaczał się też przedewszystkiem działalnością nauczycielską, wykształciwszy kilkunastu uczniów, dziś profesorów i docentów, w literaturze naukowej dobrze zapisanych. Sam publikował stosunkowo mało, liczba Jego prac badawczych i syntetycznych nie dochodzi 50, wśród nich jednak znajdują się tak cenne, jak badania dotyczące włókien kratkowych, „*salpingitis isthmica nodosa*“, schorzeń wielogruczołowych, zmian gruczołów przytarczyczynych i ich związku z chorobami kości, nerwiaków w zarosłym wyrostku robaczkowym i t. zw. rakowiaków (karcinoidów) wyrostka, kiły tętnicy głównej. Prace te zawierały nowe spostrzeżenia i fakty naukowe i pomysłowe ich wyjaśnienie.

Osobiście niezmiernie miły i ujmujący, obdarzony niepospolitem poczuciem i wielostronnym talentem artystycznym, rysował i modelował świetnie, władał skrzypcami znacznie ponad miarę amatorską, umiał znaleźć piękno nawet wśród zjawisk patologicznych (czego ślad zostawił w jednym bardzo oryginalnym wykładzie popularnym), interesował się żywo literaturą piękną, stanowiąc typ Europejczyka w najlepszem znaczeniu wyrazu.

Urodzony 1. VIII. 1868 r. w Klattau w Czechach, medycynę ukończył w r. 1895 w niemieckim Uniwersytecie w Pradze, gdzie też już w czasie studjów był rok demonstratorem w Zakładzie Anatomji Opisowej, dwa lata w Zakładzie Anatomji Patologicznej, a po ukończeniu studjów tamże dwa lata asystentem przy prof. Chiarim. Następnie pracuje przez 4 lata jako elew chirurgicznych klinik wiedeńskich; temu zapewne zawdzięczał znakomitą wiedzę anatomo-topograficzną i bardzo piękną technikę każdego zabiegu. Dalsze cztery lata był asystentem wiedeńskiego Instytutu Histopatologicznego, a od r. 1906 przez lat sześć adjunktem w prosekturze Szpitala Rudolfa, gdzie przy słynnym prof. Paltaufie ukończył swoje głębokie wykształcenie patologiczne. Samodzielnie pracował potem przez 11 lat jako prosektor Szpitala Jubileuszowego Lainz pod Wiedniem, w znakomicie przez siebie zaprojektowanym i zorganizowanym zakładzie, spędzając w sali sekcyjnej, w oddziale bakterjologicznym lub nad mikroskopem dosłownie całe dnie (od 8 rano do 8 wieczór). Habilitowany w r. 1908, profesorem nadzwyczajnym został w r. 1915, dyrektorem zaś Uniwersyteckiego Zakładu Anatomji Patologicznej w r. 1923, niechętnie i na usilne dopiero nalegania opuszczając swój ulubiony, przez siebie stworzony warsztat pracy w Lainz. W Zakładzie Uniwersyteckim, gruntownie przez siebie zreformowanym, stworzył przez półtoraroczną usilną pracę zbiór preparatów, może najpiękniejszy w Europie. W r. 1926 był Dziekanem Wydziału, w r. 1931 wybrany został Rektorem Uniwersytetu Wiedeńskiego. Zmarł po ciężkiej chorobie 16. 1. 1936.

Z Polską sympatyzował, Polakom dopomagał nawet wtedy, gdy w czasie wojny było społeczeństwo austrjackie usposobione do nas wrogo.

Prof. Dr. Ciechanowski (Kraków).

Komitet budowy pomnika Józefa Dietla przypomina Kolegom, do których rozesłał odezwę, że składki na budowę pomnika należy przesyłać na konto czekowe Nr. 409.200 (pomnik Dr. Dietla). Komitet uprasza Kolegów, którzy dotychczas składki nie nadesłali, aby zechcieli to jaknajrychlej uczynić, ponieważ w najbliższym czasie Komitet ma zamiar ogłosić listę składek.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Bolesław Broekere zmarł w Poznaniu w wieku 67 lat.

Dr. Konrad Kosieradzki zmarł w Kielcach w wieku 72 lat.

Dnia 30 stycznia zmarł w 92 roku życia dr. med. Maksymiljan Ziółkowski, uczestnik powstania 1863 roku, nestor lekarzy wielkopolskich. Zmarły odznaczał się kryształowym charakterem i wielką uczynnością wobec kolegów, prawdziwą życzliwością darzył tych, którzy pragnęli zasięgnąć Jego rad. Ś. p. dr. Maksymiljan Ziółkowski był najstarszym członkiem Związku Lekarzy P. P. Okręgu Wielkopolski. Zmarły był gorącym patrjotą, który czynem orężnym dowiódł umiłowania sprawy ojczystej a przez całe życie kroczył śladami Karola Marcinkowskiego.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbyło się dnia 7 lutego 1936. Porządek dzienny: 1) Kol. Chodowicki: Przyp. Lymphadenosis aleukemica (demonstr.). 2) Kol. Petryński: Przyp. obrzęku śluzakowatego (demonstr.). 3) Kol. Hornung: Przypadki po przepaleniu zrostów opłucnowych (demonstr.). 4) Kol. Musiał Włodz.: O czynnościowem badaniu wątroby (wykład).

Dnia 5 lutego b. r. odbyło się posiedzenie Tow. Lekarskiego Krakowskiego, na którem Prof. Dr. L. Wachholz wygłosił odczyt p. t.: „Zygmunt Wróblewski. Szkic historyczny".

Na posiedzeniu Koła Warszawskiego Tow. Internistów Polskich dnia 21 grudnia r. ub. został wybrany nowy Zarząd Koła: Przewodniczący: Prof. Dr. Zdzisław Gorecki. Wice-Przewodniczący: Ppłk. Dr. Michał Rosnowski. Skarbnik: Dr. Klementyna Rachoń. Sekretarz: Dr. Witold Zahorski.

Program VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Wilnie w dniach 31 maja i 1 czerwca 1936 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. T. Janiszewskiego. Dnia 31 maja, niedziela. Godz. 9—9.30. Nabożeństwo w Ostrej Bramie. Godz. 9.30—10.30. Oddanie hołdu I Marszałkowi Polski Józefowi Piłsudskiemu. Punkt zborny placyk przed Kościołem św. Teresy. Godz. 10.30—11. Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego Zjazdu Prof. Dr. T. Janiszewskiego. Godz. 11—13.30. Obrady. Temat I biologiczny: „Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy": a) u dzieci i młodzieży, b) u dorosłych. Referent do p. a) Prof. Dr. K. Jonscher z Poznania. Referent do p. b) Dr. N. Berdo z Warszawy. Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego, ul. Św.-Jańska. Godz. 13.30—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—18. Zwiedzanie Instytucyj Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego: 1) Poradni Nr. 1, ul. Wileńska 27, m. 1, wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. 2) Oddziałów gruźliczych Miejskiego Szpitala Zakaźnego, Zwierzyniec, ul. Grodzka 10. 3) Poradni Nr. 2, Stacji Odm i Prewentorjum dziennego W. W. T. P. w lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia, ul. Wielka 46, wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. Punkt zborny: lokal Wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, ul. Wileńska 27, m. 1. Po zwiedzeniu Poradni Nr. 1, przejazd do następnych instytucyj autobusami z placu Orzeszkowej. Godz. 20. Teatr. — Dnia 1 czerwca, poniedziałek. Godz. 8—10. Zwiedzanie zabytków m. Wilna. Punkt zborny: Skwer Placu Katedralnego. Godz. 11—14. Obrady. Temat II kliniczny: „Wyrwanie nerwu przeponowego". Referent Doc. Dr. Z. Szczepański z Otwocka. Koreferent Prof. Dr. T. Wąsowski z Wilna. Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego. Godz. 14—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Obrady. Temat III społeczny: „Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży": a) akcja zapobiegawcza, b) akcja społeczna. Referenci do p. a) Doc. Dr. J. Zeyland i Dr. E. Piasecka-Zeylandowa z Poznania. Referent do p. b) Dr. St. Popowski z Warszawy. Koreferent do p. b) Dr. St. Hornung ze Lwowa. Dyskusja. Godz. 19—19.30. Zamknięcie Zjazdu. Uniwersytet Stefana Batorego. — Dnia 2-go czerwca, wtorek. Wycieczki. Godz. 9—13. 1) Punkt zborny: Plac Orzeszkowej. Wyjazd autobusami do Nowo-Trok. Zwiedzanie poradni wiejskiej i zabytków historycznych w Nowo-Trokach. 2. Punkt zborny: przystań statków na Wilji, ul. T. Kościuszki. Wycieczka do Werek Wilją. Koszty każdej wycieczki ponosi uczestnik (około 3 zł).

Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarjat VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego Wilno, ul. Wileńska 27, m. 1. Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 10 zł, dla ich rodzin 5 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiętnika Zjazdu. Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej. Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w sekretarjacie Zjazdu. Wileńska 27, m. 1 i przy wejściu na salę obrad.

Program V Zjazdu Polskiego Tow. Ortopedycznego i Traumatologicznego w Warszawie w dn. 22 i 23 marca 1936 r. I Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. Niedziela, 22. III. 1936 r. Godz. 9. Otwarcie Zjazdu. Godz. 9.30. I. Posiedzenie naukowe. Pierwszy temat programowy: 1) Leczenie spraw zapalnych kręgosłupa: a) gruźliczych, referent Dr. M. Grobelski (Poznań), b) nieswoistych, referent Doc. Dr. Fr. Raszeja (Poznań). 2) A. Gruca (Lwów): Wyniki operacji usztywniającej sposobu własnego w gruźlicy kręgosłupa. 3) Dyskusja. Godz. 15. Walne Zebranie członków P. T. O. i T. Godz. 16. II. Posiedzenie naukowe. 1) J. Komza (Poznań): W sprawie leczenia koślawości palucha. 2) W. Dega (Poznań): Arthrorisis talocruralis posterior. 3) A. Gruca (Lwów): Resekcja główki i osteotomja z oparciem w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. 4) Kowalski (Lwów): Artrodeza w gruźlicy stawu biodrowego. 5) Ambroz (Lwów): O plastyce dachu panewki. 6) A. Janik (Łódź): Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej. 7) A. Gruca (Lwów): Pokaz narzędzi do leczenia złamań szyjki kości udowej (model ulepszony). 8) A. Kugler (Warszawa): Osteosynteza złamań szyjki kości udowej przy pomocy przyrządu własnego pomysłu. 9) A. Gruca (Lwów): Pokaz przyrządu do ustawiania złamań przedramienia. 10) A. Kugler (Warszawa): Pokaz przyrządu do nastawiania złamań kończyny górnej i dolnej. Poniedziałek, 23. III. 1936 r. Godz. 9. III. Posiedzenie naukowe. Drugi temat programowy: Stan protezowania w Polsce: a) O pracy w Państw. Wytwórniach protez, referent dr. W. Reklewski (Warszawa). b) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny górnej, referent doc. dr. A. Gruca (Lwów). c) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny dolnej, referent Dr. L. Kalina (Warszawa). d) Nowsze metody budowy aparatów ortopedycznych dla tułowia, referent Dr. K. Opacki (Warszawa). e) Nowsze metody budowy wkładek pod stopę, referent Dr. M. Epstein (Kraków). Godz. 15. Posiedzenie komitetu redakcyjnego „Chirurgji Narządów Ruchu i Ortopedji Polskiej". Godz. 16. IV. Posiedzenie naukowe. 1) A. Kugler: Protezy kończyny dolnej. 2) Dyskusja nad drugim tematem programowym: „Stan protezowania w Polsce". — Posiedzenia zaczynają się punktualnie. Czas trwania przemówień: Dla pierwszego tematu programowego: referent 45 minut, przemówienie w dyskusji 10 min., odczyt 15 min. Dla drugiego tematu programowego: referenci ad a) 45 min., ad b)—e) po 30 min., przemówienia w dyskusji 10 min. Dla odczytu zgłoszonego referent 15 min., przemówienie w dyskusji 5 min. Rękopisy wszystkich przemówień należy niezwłocznie składać w Sekretarjacie Zjazdu. Podczas Zjazdu otwarta będzie w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. wystawa narzędzi, aparatów ortopedycznych, leków i t. p.

Różne.

Z kraju.

Godną uwagi i bardzo użyteczną pracę zainicjowała grupa studentów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Studenci ci zorganizowali przy Sekretarjacie Okręgowym Przysposobienia Gospodarczego referat higjeny i bezpieczeństwa pracy. Zadaniem, które postawili sobie członkowie referatu jest przygotowanie się do prowadzenia w przyszłości akcji profilaktycznej na terenie zakładów pracy. Jako konkretny temat pracy samokształceniowej przyjęto wszechstronne zbadanie warunków higjeny i bezpieczeństwa w przemyśle poligraficznym w Poznaniu. Związek Przemysłu Graficznego ustosunkował się, jak słychać, bardzo przychylnie do propozycyj medyków. W okresie letnim członkowie referatu mają odbywać praktyki w fabrykach, organizowane przez Przysposobienie Gospodarcze. Inicjatywa medyków poznańskich może mieć realne znaczenie społeczne. W chwili obecnej rozwój higjeny pracy jest silnie hamowany przez brak lekarzy obeznanych z tym działem higjeny i warunkami w warsztatach pracy, nie istnieje zaś w Polsce katedra tego działu nauki na żadnym uniwersytecie. W związku z tem poznański referat higjeny i bezpieczeństwa pracy może spełnić rolę bardzo doniosłą.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 24 listopada do 14 grudnia 1935 r.

Choroby	Tydzień 48 24–31/XI	Tydzień 49 1 - 7/XII	Tydzień 50 8 – 14/XII
Dżuma	—	—	—
Ospa	1	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—
Dur brzuszny	303 *27*	331 *29*	275 *22*
Dury rzekome	—	—	—
Dur plamisty	55 *2*	59 *5*	63 *6*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	40 *9*	22 *5*	10 *5*
Płonica	535 *12*	546 *21*	509 *15*
Błonica	511 *25*	522 *36*	500 *25*
Nagm. zap. opon mózg.-rdz.	14 *3*	18 *6*	15 *2*
Odra	855 *6*	986 *7*	1228 *4*
Róża	145 *8*	139 *7*	149 *6*
Krztusiec	200 *10*	322 *16*	331 *10*
Zimnica	—	1	—
Zakażenie połogowe	40 *7*	29 *8*	31 *8*
Trąd	—	—	—
Jaglica	352	415	469
Wąglik	—	1	1
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	—	8	—
Wścieklizna	*2*	—	—
Zakażenie kiełbasiane	—	—	—
Choroba Heine-Medina	2	3	2
Nagminne zapalenie mózgu	—	—	—
Twardziel	2	2	1

Liczby drukiem pochyłonym oznaczają zgony.

Przyrost naturalny Polski w III kwartale 1935 r. wyniósł 14.1 (na 1000 mieszkańców). Wybitny wzrost przyrostu naturalnego (w I kwartale 1935 — 9.5, w II — 12.4) spowodowany jest zmniejszoną liczbą zgonów. (Wiad. Stat. Nr. 1. 1936).

219.286 mieszkańców Krakowa (bez wojska skoszarowanego) mieszka w 48.456 mieszkaniach, obejmujących 113.712 izb. Z ogólnej liczby mieszkań posiada ustęp w mieszkaniu 13.798 mieszkań. 13.310 mieszkań (27.5%) mieści po 2—4 osoby w każdej izbie, 3.655 (7.5%) po 4—6 osób, zaś 1.245 (2.6%) powyżej 6 osób. (Wiad. Stat. Nr. 2. 1936).

1,171.898 mieszkańców Warszawy (bez wojska skoszarowanego) mieszka w 249.057 mieszkaniach, obejmujących 552.035 izb. Z ogólnej liczby mieszkań posiada ustęp w mieszkaniu 82.118 mieszkań. 77.507 mieszkań (31.1%) mieści po 2—4 osoby w każdej izbie, 29.031 (11.7%) po 4—6 osób, zaś 11.517 (4.6%) powyżej 6 osób. (Wiad. Stat. Nr. 36. 1935).

312.231 mieszkańców Lwowa (bez wojska skoszarowanego) mieszka w 72.030 mieszkaniach, obejmujących 165.947 izb. Z ogólnej liczby mieszkań posiada ustęp w mieszkaniu 16.313 mieszkań. 20.552 mieszkań (28.5%) mieści po 2—4 osoby w każdej izbie, 4.771 (6.6%) po 4—6 osób, zaś 1.307 (1.8%) powyżej 6 osób. (Wiad. Stat. Nr. 1. 1936).

Austrja.

Liczba dentystów w Austrji wynosi 1.823, a więc wzrosła w porównaniu do liczby 1.726 w r. 1930.

Portugalja.

W Lizbonie został ukończony Instytut Medycyny Tropikalnej. Co roku Instytut będzie wysyłał ekspedycje naukowe do kolonij portugalskich. Tak stworzenie tego Instytutu, jak i owe ekspedycje umożliwią odpowiednie nauczanie medycyny tropikalnej.

Japonja.

Władze japońskie podjęły energiczną akcję zwalczania gruźlicy. We wszystkich miastach i gminach mają być założone ośrodki zdrowia, przeznaczone wyłącznie do walki z gruźlicą.

Ze świata.

W r. 1936 przypada setna rocznica urodzin Waldeyera (Berlin) i stulecie śmierci Ampèra. W r. 1937 stulecie urodzin Boucharda, Cornila i Ferriera (Paryż); w r. 1939 stulecie urodzin Cohnheima (Lipsk).

Komunikaty.

Komunikat Izby Lekarskiej Łódzkiej. W wykonaniu uchwały powziętej na uroczystem posiedzeniu w dniu 14. V. 1935 r. Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej ogłasza konkurs na nagrodę im. Marszałka Józefa Piłsudskiego za najlepszą pracę polską z dziedziny badań choroby raka, jaka ukaże się w przeciągu pierwszego trzechlecia od daty zgonu. Nagroda wynosi zł 2.000 i będzie przyznana w dniu 12. V. 1938 r. Termin nadsyłania prac 1. I. 1938 r. Regulamin konkursu brzmi: 1. Izba Lekarska Łódzka uchwaliła ufundować nagrodę konkursową im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. 2. Nagroda wynosi zł 2.000. 3. Nagroda konkursowa im. Marszałka Józefa Piłsudskiego udzieloną będzie w dniu 12 maja 1938 r. za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny badań choroby raka, dotąd nigdzie niedrukowaną, napisaną w języku polskim i wykonaną w Polsce. 4. Prace konkursowe przesyłać należy na ręce Prezesa Izby Lekarskiej Łódzkiej, Łódź, ul. Gen. Pierackiego 9, do dnia 1. I. 1938 r. 5. Prace konkursowe, oznaczone godłem obranem przez autora, powinny być nadesłane w dwóch egzemplarzach. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, nazewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnatrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 6. Skład sądu konkursowego: a) delegat Akademji Umiejętności w Krakowie, b) delegat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, c) delegat Wydziału Naukowego Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka, d) delegat Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego, e) delegat Izby Lekarskiej Łódzkiej. 7. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo przyznania nagrody w całości, podziału sumy na dwie nagrody lub ogłoszenia ponownego konkursu.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego organizuje w dniach od 23 marca do dnia 2 kwietnia b. r. Kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu pedjatrji, ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa. Kurs odbędzie się w Warszawie i będzie obejmował część teoretyczną i praktyczną. Opłata za udział w Kursie wynosi zł 50. Uczestnictwo w Kursie musi być zgłoszone najpóźniej do dnia 10 marca b. r. Zapisy przyjmuje i szczegółowych informacyj udziela Sekretarz Kursu Dr. Bolesław Górnicki, Warszawa, Klinika Pedjatryczna, ul. Litewska 16. Program Kursu: 1) Prof. Dr. M. Michałowicz: Rola czynnika konstytucyjnego w patologji dziecka. 2) Prof. Dr. M. Michałowicz: Rokowanie w zaburzeniach w odżywieniu u niemowląt. 3) Dr. M. Wierzbowska: Odżywianie zdrowego niemowlęcia. 4) Dr. M. Wierzbowska: Leczenie przewlekłych zaburzeń w odżywieniu. 5) Dr. R. Barański: Leczenie ostrych zaburzeń w odżywieniu (stany biegunkowe). 6) Dr. R. Barański: Technika przygotowywania mieszanek (zajęcia praktyczne w kuchni mlecznej). 7) Dr. St. Łyskawiński: Fizjologia noworodka. 8) Doc. Dr. M. Erlich: O ciężkich, ale wyleczalnych, zespołach klinicznych noworodków. 9) Doc. Dr. H. Brokman: Leczenie krzywicy i tężyczki. 10) Dr. J. Pieniążek: Schorzenia ucha w wieku niemowlęcym. 11) Doc. Dr. H. Brokman: Klinika i leczenie reumatyzmu u dzieci. 12) Dr. St. Popowski: Rokowanie w gruźlicy dziecięcej. 13 Dr. St. Popowski: Klinika gruźlicy wieku dziecięcego (demonstracje przypadków w sanatorjum L. S. P. w Otwocku). 14) Doc. Dr. R. Stankiewicz: Leczenie zapaleń płuc u dzieci. 15) Prof. Dr. Wł. Szenajch: Leczenie ciężkiej błonicy i płonicy. 16) Dr. H. Hirszfeldowa: Surowice i szczepionki w praktyce dziecięcej. 17) Dr. B. Michałowski: Klinika i leczenie kiły wrodzonej u niemowląt. 18) Doc. Dr. M. Erlich: Niedokrwistości wieku dziecięcego i ich leczenie. 19) Dr. P. Baumritter: Śpiączka cukrzycowa i hipoglikemja. 20). Dr. M. Bussel: Klinika i leczenie stanów mocznicowych u dzieci. 21) Dr. T. Kopeć: Bóle brzucha u dzieci. 22) Dr. J. Bogdanowicz: Choroby wieku szkolnego. 23) Doc. Dr. Wł. Sterling: Psychopatologja wieku szkolnego. 24) Dr. W. Lubczyński: Zadanie lekarza w Ośrodku Zdrowia na wsi .25) Doc. Dr. M. Erlich: Technika nakłucia lędźwiowego i jej błędy. 26) Doc. Dr. W. Czarnocki: Pokazy sekcyj niemowlęcych. 27) Prof. Dr. M. Michałowicz z asystentami: Demonstracje chorych w Klinice Pedjatrycznej. 28) Prof. Dr. Wł. Szenajch z asystentami: Demonstracje chorych w Szpitalu Karola i Marji.

Redakcja otrzymała:

Noël Fiessinger: Endocrinologie. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

G. Worms i H. Pierre Klotz: Le thymus. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

M. Loeper: Maladies infectieuses et parasitaires. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Troisier: Études expérimentales récentes sur les maladies infectieuses. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

A. Brachet: Traité d'embryologie des vertébrés. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

Section d'Endocrinologie de la Société Roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie XVIII-e Année. Bulletins et Mémoires de la Section d'Endocrinologie. 1-e Année Nr. 4. Nov. 1935.

C. I. Parhon i M. Goldstein: Traité d'endocrinologie. T. II. Fasc. I. Les parathyroïdes. Impr., Goldner. Jassy 1935.

G. Marion: Traité d'urologie. T. I i II. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

St. Borowiecki i J. Handelsman: Z rozwoju psychjatrji polskiej. Warszawa 1936.

J. Handelsman i Z. Messing: O korelacji anatomiczno-klinicznej zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu. Odb. z „Rocznika Psychjatrycznego". Z. XXV. 1935.

D. Danielopolu: Le tonus cardio-vasculaire et l'épreuve amphotrope sino-carotidienne. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935.

J. Auviat: L'action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les nerfs périphériques. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1935.

P. Govaerts: Le fonctionnement du rein malade. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1936.

G. Guillain: Études neurologiques. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1935.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł. 12.—

zagranicą . . . . zł. 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.